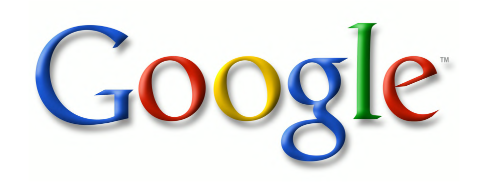
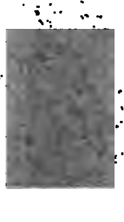




LA SYPHILIS

SES FORMES, SON UNITÉ

PRINCIPALES PUBLICATIONS

DU MÊME AUTEUR :

I. FORMES DE LA SYPHILIS. 1er Mémoire présenté au jury médical des hôpitaux pour l'année 1844.

II. DE LA CACHEXIE SYPHILITIQUE. 2e Mémoire présenté au jury médical des hôpitaux pour l'année 1845.

III. EXPÉRIENCES SUR L'INOCULATION DE LA SYPHILIS AUX ANIMAUX, 1845.

IV *. ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES. DES PLAQUES MUQUEUSES. (En collaboration avec A. Deville). (In-8o de 84 p.) 1845.

V *. DES FIÈVRES ÉPHÉMÈRE ET SYNOQUE SIMPLE. Thèse inaugurale. Paris, 1847. (In-4o de 88 p.)

VI *. DE LA FLUXION ET DE L'INFLAMMATION BUCCALES DANS LE COURS DES MALADIES. 1847.

VII *. ÉTUDES SUR LES EFFETS ET LES INDICATIONS DE LA STRYCHNINE ET DE LA NOIX VOMIQUE DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA. (In-8o de 63 p.) 1854. (Extrait du *Moniteur des Hôpitaux*.)

VIII. CONJECTURES ET CONTROVERSES SUR L'UNITÉ DE LA SYPHILIS, 1855.

IX. ARBITRAIRE EN NOSOLOGIE ET SES DANGERS, 1856.

X. DES VOMISSEMENTS DITS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE. *De la prétendue légitimité de l'avortement provoqué pour remédier à ces accidents, et de leurs indications* (in-8o de 80 p.), 1857. (Extrait du journal *l'Art médical*, juillet, août, septembre, novembre et décembre 1856.)

XI. LA BELLADONE DANS LA SCARLATINE, 1857.

XII *. LA GRIPPE ET LA PNEUMONIE GRIPPALE (in-8o de 76 p.), 1858. (Extrait de *l'Art médical.*)

XIII *. NOTE DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE SUR LA GLYCÉRINE (broch. de 72 p.), 1859. (Extrait de *l'Art médical.*)

XIV. ÉTUDES CLINIQUES SUR QUELQUES MÉDICATIONS NOUVELLES, ET EN PARTICULIER SUR L'EMPLOI ET LES INDICATIONS DE LA BELLADONE DANS LE TRAITEMENT DE LA PASSION ILIAQUE (broch. de 108 p.), 1860. (Extrait de *l'Art médical.*)

XV. LE DROIT DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE, *à propos des inoculations syphilitiques*, 1860.

XVI. ÉTAT ACTUEL DE LA PYRÉTOLOGIE, 1861.

XVII *. LES AÏSSAOUA OU LES CHARMEURS DE SERPENTS EN ALGÉRIE (broch. de 96 p.), 1862. (Extrait de *l'Art médical.*)

XVIII *. MAGENDIE, RÉCAMIER, J. P. TESSIER. Esquisses médicales, 1863.

Les ouvrages marqués d'une * se trouvent chez J. B. Baillière et fils, éditeurs.

CORBEIL. — TYP. ET STÉR. DE CRÉTE.

LA SYPHILIS

SES FORMES, SON UNITÉ

PAR

LE DOCTEUR JULES DAVASSE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS.

... Pour les mauvaises doctrines, je pensais déjà connaître assez ce qu'elles valaient pour n'être plus sujet à être trompé... par la vanterie d'aucuns de ceux qui font profession de savoir plus qu'ils ne savent.

René Descartes.



PARIS

J. B. BAILLIÈRE et FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

Londres	Madrid	New-York
Hipp. Baillière.	C. Bailly-Baillière.	Baillière Brothers.

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, 10, QUERSTRASSE

1865

A LA MÉMOIRE

DE

FRÉDÉRIC GABALDA

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX SAINT-LOUIS ET DU MIDI

A PARIS.

Ami de mon enfance, compagnon dévoué de ma vie, sur ta cendre à peine refroidie, je dépose les prémices de la moisson.

Ame pure, envolée au sein des célestes demeures, tu contemples maintenant sans voiles, avec celui qui fut ici-bas notre maître, l'éternelle vérité dont le reflet illuminait ses enseignements.

Pour nous, survivants d'un jour, heureux si, comme les anciens coureurs des Panathénées, avant de mourir, nous pouvions transmettre de main en main la lumière — que nous avons reçue, — sans voir faiblir ses rayonnements.

J. D.

AVANT-PROPOS

« *Or, ie n'escripts point aux doctes : car ils n'ont que faire de moy, ne de mon instruction : moins parle-ie aux ignares mesdisans et enuieux : car tels ne trouvent rien bon, s'il ne par de leur officine. Ie me communique à vous ieunes gens de bon vouloir, afin de vous stimuler à charitablement poursuivre le secours que vous deuez aux affligez de ce mal suiuant méthode et raison...* » THIERRY DE HÉRY.

La contagion syphilitique est la lèpre des sociétés modernes.

Si ses ravages se sont adoucis, peu de temps après son origine, par son acclimatement au milieu de nous, il n'est pas moins vrai que, depuis trois siècles, le mal n'a perdu aucunement de ses rigueurs. On peut en attester les tableaux de Fernel et de Fallope, qui semblent retracés de nos jours.

C'est donc une illusion de rêver la future extinction de la plus considérable des maladies vénériennes par une sorte d'épuisement graduel du principe morbifique dans ses générations successives.

Détrompée par une suffisante expérience, la science n'a plus à se bercer de décevantes chimères et à s'endor-

mir dans une périlleuse sécurité. Elle veille sans relâche au salut commun. Et certes, la médecine, — toujours au niveau de sa mission sociale, — n'a jamais travaillé avec plus d'ardeur que de nos jours à démasquer l'impur fléau et à révéler ses sources perfides pour préserver, s'il se peut, de la contamination la meilleure part de la société envahie.

Malheureusement, le remède le plus efficace contre l'extension du mal n'est point tout entier dans les mains de la science. On le demanderait encore vainement à la vigilance éprouvée des magistrats. Et si l'on considère l'état actuel de notre civilisation facile, accoutumée au spectacle, pour ne pas dire à la tolérance du vice, il est logique de présumer, en voyant pulluler chaque jour davantage, au sein de la société contemporaine, le monde interlope et parasite, — pourvoyeur ordinaire et clandestin de toutes les contagions, — il est logique de présumer, disons-nous, que cette pernicieuse promiscuité, qui se dérobe au contrôle des dispensaires et à la marque de la police, alimentera, longtemps et sûrement encore, les registres jumeaux de la bâtardise et de la syphilis.

Seule entre tous les maux contagieux, cette dernière maladie a le funeste privilége de l'hérédité. Elle atteint à la fois le présent et l'avenir. Nulle influence morbide ne joue un rôle plus délétère dans la dégénérescence si marquée des races, et ne menace plus directement la fécondité, la fortune et la vie des futures populations. Aucune donc, selon les expressions de Parent-Duchâ-

telet (1), n'est plus désastreuse et ne porte à la société un plus grand préjudice. On peut affirmer que toute méprise à cet égard est un danger public.

De là, l'intérêt puissant que cette contagion excite toujours. De là, ces labeurs multipliés, ces controveres retentissantes (2), tous ces écrits sans nombre qui font de la syphilographie l'une des études les plus ardues, les plus compliquées, et en même temps l'un des départements les plus étendus des sciences médicales.

Quel que soit le nombre de ses documents, le grave dossier de la contagion syphilitique n'est point fermé. L'Académie de médecine, dans la discussion de 1851 et 1852, n'a prononcé que sur une partie du litige. Seuls en cause, les symptômes congéniaux et secondaires ne constituaient alors qu'un incident au procès. Il y a d'autres points à décider. En ce moment, il reste à préciser les divers degrés de cette même contagion.

Les tenants de la discussion disent, — les uns, que la diversité des effets morbides produits par la syphilis tient à la différence du *terrain*, c'est-à-dire de l'idiosyncrasie; — les autres, qu'il faut les rapporter surtout à la différence de la *graine* ou du principe morbifique. Pendant que les premiers soutiennent avec un peu de

(1) *De la Prostitution dans la ville de Paris*, 3e édition. Paris, 1857.

(2) *De la Syphilisation et de la Contagion des accidents secondaires de la syphilis*, communications à l'Académie de médecine, par MM. Ricord, Bégin, Malgaigne, Velpeau, Depaul, Gibert, Lagneau, Larrey, Michel Lévy, Gerdy, Roux, avec les communications de MM. Auzias-Turenne et Sperino à l'Académie des Sciences de Paris et à l'Académie de médecine de Turin. Paris, 1853.

confusion l'unité assez vague de la maladie, les seconds la divisent arbitrairement, et, sans autre forme de procès, en plusieurs entités distinctes. Dans cette querelle, on paraît davantage se préoccuper, des deux côtés, du pouvoir occulte du virus que des caractères sensibles de la maladie.

Ces deux opinions opposées, systématiquement débattues, sont également impuissantes à rendre raison de l'ensemble des faits.

Il est certain que la syphilis comprend, dans son essence, des types variés et définis, se transmettant habituellement chacun dans sa forme. C'est là un fait général, qui n'est point assez reconnu des *unitéistes*.

Il n'est pas moins certain, d'un autre côté, que ces types peuvent se fondre par quelques-uns de leurs caractères objectifs et s'échanger parfois dans leur transmission réciproque. Et c'est encore là une éventualité positive, vainement dissimulée à leur tour par les *dualistes*.

De telles dénégations sont regrettables. Elles tendent à entretenir, — dans la science, des erreurs manifestes, — dans la pratique, des préjudices certains.

La détermination méthodique des *formes naturelles* de la maladie réunit heureusement les deux hémisphères de la vérité, en apparence inconciliables. Elle met un terme à des disputes condamnées d'avance à rester sans issue. Solution d'ailleurs conforme à l'esprit de la tradition, elle légitime, — au delà de toutes les espérances, — les découvertes trop contestées de notre temps.

Et là où les hypothèses confondaient leurs ombres, elle projette enfin, dans tout son éclat, la lumière de l'observation.

Par cette formule, un pas de plus sera fait, il est permis de l'espérer, dans la voie du progrès si largement ouverte, depuis l'ère expérimentale, à la syphilographie. L'étude nouvelle et pratique des formes de la grande maladie vénérienne nous révélera la *diversité* des sources, des modes et des degrés de la contagion, — comme la diversité de ses indications curatives, — sans nous exposer à méconnaître l'*unité* originale et essentielle qui les relie.

Tel est l'objet de ce livre. Il répond donc directement et nettement à la situation actuelle de la science, aux nécessités du temps. Cependant il ne date pas d'aujourd'hui.

Il y a déjà plus de vingt ans, à l'aurore de sa carrière, un jeune interne de Lourcine, devançant les préoccupations qui se font jour en ce moment, adressait au jury médical des hôpitaux un mémoire sur cette même question. Esquisse encore incomplète et rudimentaire, sans doute, mais où se trouvait, sinon le germe, au moins le pressentiment des prochaines conquêtes de la science. Aussi rien ne justifie davantage ces lointaines prémisses que les progrès qui en furent bientôt le couronnement.

Le temps a marché; l'œuvre est mûre, l'heure propice est venue... Et maintenant, au fond de sa retraite prématurée où viennent expirer le murmure des intérêts et le flot des passions, portant plus que jamais — en pleine liberté — ses regards vers la science, l'auteur voit le mo-

ment opportun de reprendre, pour lui donner, avec ses développements, l'essor et la vie, le labeur privilégié de ses jeunes années. Affranchi désormais de toute prétention, et sevré pour lui-même de toute espérance, il place avec consolation la fortune de ce livre sous la tutelle libérale de la jeunesse, seule en possession de l'avenir; — assez récompensé s'il lui est permis d'être utile en indiquant à ceux qui le suivent dans la carrière les régions sereines où la vérité se tient encore.

VAL HERMAY, près Méry-sur-Oise, le 15 novembre 1864.

JULES DAVASSE.

LA SYPHILIS

SES FORMES ET SON UNITÉ

INTRODUCTION

ÉTAT DE LA QUESTION

DIVISION ET PLAN DE L'OUVRAGE

La constitution nosologique de la syphilis est le nœud gordien de la syphilographie moderne. Où commence, où finit la maladie ? C'est un sujet d'incessantes disputes.

Pour quelques auteurs, ce domaine n'a point de limites. Toutes les affections de provenance vénérienne tombent sous cette vaste juridiction. Comme l'ancien pasteur des troupeaux de Neptune, le même principe contagieux, sous mille déguisements, engendre mille maux. Dans un horizon sans bornes, ce pouvoir ténébreux est absolu.

Pour d'autres, au contraire, cet empire apocryphe occupe une place usurpée : il faut le réduire à son expression la plus simple, à son droit le plus strict. Non-seulement doivent à jamais en rester détachées les anciennes provinces qu'un éminent réformateur de notre temps a justement séparées, — telles que la blennorrhagie et les végétations, —

mais encore il conviendrait de découper, dans ce domaine, de nouveaux fiefs jusque-là ses apanages réservés. De sorte que désormais le territoire démantelé de la syphilis doit être uniquement affecté aux symptômes seuls de nationalité constitutionnelle, — ou pour parler net, de la vérole confirmée.

Ce problème vaut la peine d'être examiné et surtout résolu. Suivant son dénouement, le chancre simple si commun, et le chancre phagédénique, si grave, continueront comme par le passé, ou cesseront à l'avenir de faire partie de la descendance syphilitique. Dans le premier cas, ils conservent tous les priviléges de la lignée commune, par conséquent l'aptitude à transmettre bel et bien les symptômes véroliques. Dans le second, la contagion de ces chancres, de souche distincte, ne peut point exposer à de semblables dangers : dépossédés de ce pouvoir, ils doivent perdre jusqu'à leur nom. Tout le monde aperçoit, du premier coup d'œil, la portée considérable de la question.

Quelle est, au milieu de ces dissentiments, la vérité?

Formulée sous ses termes purement nosologiques, sur le seul terrain de l'observation, en dehors des préjugés de l'hypothèse, la solution de ce problème ne rencontrerait pas, selon nous, de sérieuses difficultés. Mais les tenants de la discussion paraissent vouloir éterniser le débat en déplaçant la question et en faisant intervenir leurs vues systématiques à la place des faits. Au lieu d'en appeler aux caractères sensibles de la maladie seuls en mesure de fournir des notions positives et complètes, ils préfèrent disputer sur des données conjecturales purement spéculatives. Aux aspects réels de la maladie ils substituent des opinions gratuites sur le virus.

Or, on peut disserter longtemps là-dessus. Le virus est encore un mystère. Personne ne s'entend sur le sens manifeste qu'il faut accorder à ce mot. Les conjectures sans issue sont la source des controverses sans fin.

Avant toutes choses, il convient donc, dans la première partie de ce travail, d'exposer dans tout son jour les principes qui doivent nous guider pour reconstruire l'édifice de la *constitution nosologique* de la syphilis, non sur le sable mouvant des systèmes, mais sur le terrain solide des caractères de la maladie; par là seront éliminés les malentendus qui rendent à nos yeux le débat équivoque ou même insoluble. Nous établirons alors, dans une seconde partie, les types distincts et définis, c'est-à-dire les *formes naturelles* que revêt la syphilis, — sans cesser d'être elle-même, — en les formulant d'après l'ensemble varié de ses évolutions et de ses caractères. Et il nous sera aisé de démontrer, dans la dernière partie, que la diversité de ces formes ne conclut nullement contre le principe de leur identité de nature ou de leur *unité*.

Maintenant est-il nécessaire de prévenir que nous n'avons pas l'intention d'éditer ici un nouveau traité sur la syphilis, et, par conséquent, d'étudier à fond, ou dans leur totalité, les questions multiples d'histoire, de nosographie, d'étiologie, de séméiotique et de thérapeutique qui correspondent à la description spéciale de toute maladie? Notre tâche est plus restreinte. Mais, quoique cette étude soit plus particulièrement affectée au débat nosologique où il nous paraît opportun d'intervenir, elle nous conduira, chemin faisant, dans les divers départements de la syphilographie. Nous aurons aussi et surtout à invoquer les féconds enseignements de la médecine générale trop souvent mé-



connus de nos jours. Ce retour aux données fondamentales et constitutives de la science ne sera pas superflu dans un sujet où leur oubli seul engendre tant de confusion. Le lecteur bienveillant excusera notre insistance à cet égard à cause de sa trop réelle nécessité.

PREMIÈRE PARTIE (1)

CONSTITUTION NOSOLOGIQUE DE LA SYPHILIS

Trois points de vue généraux se présentent à notre examen pour montrer, dans tout son jour, la question de la constitution nosologique de la syphilis. Raconter les *phases historiques* de son développement, répudier les diverses *hypothèses* qui ont entravé son essor, exposer les *principes méthodiques* qui doivent présider à sa solution ; telles sont les étapes successives que nous avons d'abord à parcourir.

CHAPITRE I

HISTOIRE ET TRADITION

§ 1. — Première époque. De Léonicène à Musa.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur les origines de la syphilis, il est un point hors de toute contestation, c'est

(1) Plusieurs fragments de cette partie ont déjà vu le jour dans divers articles disséminés. D'autres encore sont empruntés soit aux *Études de médecine générale* de J. P. Tessier, notre maître (Paris, 1855), soit à

qu'il n'existe aucune mention *positive*, aucune description générale *méthodique* de cette maladie avant la fin du quinzième siècle.

C'est à partir de l'année 1494 seulement, que, surpris et frappés par la gravité du mal «extraordinaire et inconnu», les médecins s'empressent, de toutes parts, d'en relater les symptômes, d'en chercher les causes, d'en trouver le traitement. Maladie ancienne ou nouvelle (ce dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment), elle n'est manifestement aperçue et nommée que dès cette mémorable époque. Alors, alors seulement pour la science, elle entre dans la tradition; elle acquiert une figure, elle reçoit ses diverses désignations.

Déconcertés tout d'abord par l'apparition insolite du fléau, les observateurs se perdent en conjectures sur ses origines. Est-ce la lèpre des Arabes, déjà bien connue par ses deux invasions successives en Europe et qui remplit encore les hôpitaux de ses victimes? Non! Le *sahafati* (d'Avicennes), selon Widmann, Montesauro; l'éléphantiasis, d'après Séb. Aquilée, Ch. Berwald; l'*albos*, le *formica*, comme le veulent Schelling, Gilini, etc., etc., la mentagre, la variole, suivant la plupart? Non! Une transformation de ces maladies, leur combinaison avec d'autres affections morbides? Conjectures stériles!

L'astrologie, dont le goût dominait à cette époque, interroge les astres. Pinctor (1799), Grünbech (1503), victime lui-même de la contagion, Bénédict (1508), cherchent les conjonctions planétaires qui ont donné naissance à l'occulte

l'excellente thèse inaugurale de notre affectionné confrère, le docteur J. Hélot, soit enfin aux derniers écrits de F. Gabalda. Dérivés d'une même doctrine, il nous sera permis de réunir ici ces anneaux de notre commune tradition.

influence. Jean Almenar (1512) veut qu'elle soit causée par la conjonction de Saturne et du Bélier ou de Saturne et de Mars. Nicolas Massa (1532), Fracastor (1546) accusent encore, après un demi-siècle, la malignité des puissances sidérales.

D'autres, à la suite de Léonicène, de Vicence (1497), considérant, suivant l'usage ordinaire, l'air, comme le véhicule nécessaire de l'épidémie, en rapportent la source aux miasmes produits par les inondations extraordinaires des fleuves, ou même, avec Bénédict, aux changements des saisons, etc.

Dans cette enquête sur la genèse du mal nouveau, les suppositions les plus étranges et aussi les plus odieuses se croisent et se succèdent à l'envi. Indépendamment de l'opinion plus vraisemblable de l'origine américaine, l'on accuse la cohabitation des courtisanes avec les lépreux, la bestialité, l'anthropophagie, etc., etc. « André Césalpin l'attribue à des vins empoisonnés que les Espagnols (pendant le siége de Naples) avaient fait passer aux Français ; Fioraventi, à l'usage de la chair humaine que des vivandières avides avaient mêlée à la nourriture ordinaire des soldats ; Van Helmont, à un vice dont l'idée seule inspire l'horreur, aux plaisirs hideux que de vils soldats n'ont pas rougi de prendre avec des juments attaquées du farcin ; Jean Linder rejette ce crime sur les Américains, et prétend que plusieurs d'entre eux avaient de grands singes pour mignons (1). » Véritables délires de l'imagination qui témoignent de l'horreur partout répandue !

Les populations, dans les premiers temps, ne sont pas dans un moindre désaccord que les savants sur le nom du fléau. On le nomme *souvenir*, *cristalline*, *pudendagra*, *gorre*,

(1) Bosquillon, Notes au *Traité de la Gonorrhée virulente* de B. Bell. Paris, 1802.

des parties génitales, qui en est le premier indice, à la morsure des animaux venimeux. D'après cette doctrine, l'on cherchait même à enlever par la succion, ou à détruire, par l'application de la chair sanglante des animaux nouvellement tués, le virus que l'on supposait concentré dans l'ulcération primitive. Plus tard, on pensa qu'il était plus sûr encore d'employer les scarifications et les caustiques les plus énergiques pour neutraliser dans la pustule la matière virulente.

A ces moyens, on ajouta bientôt, par voie d'analogie, les traitements usités par les Arabes contre les affections parasitaires et dartreuses de la peau.

Les onguents sarrasins, en particulier, le fameux arcane de Mesué, dans lesquels est incorporé le mercure métallique éteint ou sublimé, sont mis à contribution. Toutefois le vif-argent ne constitue pas encore la médication capitale et spécifique. Il n'entrait que pour une faible proportion dans les mélanges confus, alors usités, que l'on se contentait d'appliquer sur les pustules. Plus tard seulement quelques praticiens plus hardis, Béranger, de Carpi, Jean Vigo et Nicolas Massa, employèrent, plus spécialement sous forme de frictions ou de fumigations, le mercure dont Paracelse vanta surtout l'action antidotique et vulgarisa la médication à l'intérieur.

Dans la seconde moitié de cette première phase historique,— phase qui comprend environ un demi-siècle et s'étend de Léonicène à Musa Brassavole, — le mal paraît s'adoucir. La contagion est plus restreinte, les symptômes moins cruels, la mort moins prompte et surtout moins fréquente. Tous les observateurs oculaires, en tête desquels il faut placer Fracastor (1546), sont unanimes là-dessus. Mais, chose singulière ! en même temps que le mal diminue de

malignité, le nombre de ses manifestations augmente. Du moins ses premiers historiens relatent, à diverses époques, de nouveaux symptômes qu'ils déclarent jusque-là inconnus. Jean de Vigo (1514) fait connaître les *exostoses;* Pierre Maynard (1518), les *végétations;* Jacques de Bethencourt (1527) rapporte le premier fait de *gonorrhée* dont la description méthodique n'est tracée que longtemps après par Musa Brassavole (1545). Faut-il à cette liste ajouter, avec Astruc, le *bubon* qui a été décrit par Nicolas Massa (1532), Paracelse (1536), Aloys Lobera (1540)? Mais il faut remarquer que ces médecins n'en parlent pas comme d'un symptôme nouveau; et Marcel de Côme, qui a écrit avant 1500, dit avoir traité une infinité de bubons non pas seulement simples, mais encore vénériens : « *Ego Marcellus Cumanus infinitos bubones causatos ex pustulis virgæ et ex nimiâ fatigatime et labore curavi.* » Enfin, c'est encore plus tard que Gabriel Fallope signala le *tintement d'oreilles* sur lequel il a insisté.

Les périodes de ce nouvel état morbide sont déjà entrevues. Pierre Pinctor, Jean de Vigo, surtout, distinguent la maladie en *confirmée* et *non confirmée :* distinction obscure encore sans doute, mais qui doit être, un jour, une des lueurs les plus vives de la syphilographie.

On peut accorder très-aisément qu'il s'est mêlé à ces primitives notions plus d'un élément hétérogène, et que bon nombre d'affections étrangères et disparates ont dû trouver place mal à propos dans la commune description. Il est surtout très-certain que des symptômes aujourd'hui regardés, à juste titre, comme appartenant à des maladies vénériennes distinctes et dues à des contages variés ont été mis sur le compte d'une contagion unique. Mais, toutes réserves faites là-dessus, on peut encore légitimement admettre que la syphilis est bien le fond commun de la plupart des acci-

dents, ainsi que nous le voyons encore aujourd'hui ; et rien ne s'oppose à cette croyance qu'elle s'est révélée, à son origine, sous une forme et avec des caractères particuliers qu'elle a heureusement perdus dèpuis, au moins, dans nos contrées.

Ainsi, dans la première ère de la tradition syphilographique, nous voyons se manifester une maladie nouvelle, importante et grave, — reconnue, de toutes parts, contagieuse et communiquée, le plus souvent, par un commerce impur. Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur les modifications ultérieures que prennent sa forme primitive et son pouvoir contagieux, toujours est-il que sa cause, regardée comme efficiente, est signalée, ses symptômes reconnus, ses périodes pressenties, son traitement à peu près indiqué. Enfin, l'hypothèse du principe morbifique confondu avec l'essence même de la maladie surgit dès les premiers temps.

§ 2. — Deuxième époque : Paracelse. Fernel. Fallope.

Au seuil de la deuxième phase historique apparaissent trois grandes figures, — Paracelse, Fernel, Fallope, — qui vont développer les premiers germes acquis à la constitution nosologique de la syphilis.

Paracelse donne une impulsion plus décidée à l'opinion de la spécificité de la maladie en niant énergiquement la doctrine des quatre humeurs élémentaires que les Galénistes prétendaient faire admettre comme fondement de l'essence nouvelle; et montrant, dans la théorie comme dans la pratique, le néant de ces explications surannées, il les remplace toutes par une conjecture non moins hasardée, celle du *miasme*. Ce novateur désigne, avec une netteté remarquable de vues et d'expressions, les conditions étiologiques réelles

de la transmission accidentelle qu'il distingue de l'hérédité, en les résumant dans la formule suivante : « *Le mal français naît seulement de Vénus, ou il se transmet par l'hérédité* » (1). Enfin, il prône par-dessus tout l'emploi du mercure (en fumigations et à l'intérieur), comme l'arcane suprême et le spécifique infaillible du traitement, le véritable antidote du mal.

Fernel (2) est plus explicite encore sur la source première des accidents. Pour lui, leur cause efficiente est une matière morbifique, empoisonnée et maligne qu'il nomme *lues venerea*, et qui est elle-même toute la maladie. « *Efficiens ejus causa venenata est atque perniciosa labes.* » Il énumère toutes les portes variées qui lui donnent entrée dans l'économie sans oublier l'*inoculation*, c'est-à-dire le contact du « poison contagieux » avec une surface dépouillée de son épiderme où se développe consécutivement, en quelque point que ce soit, la lésion initiale : *Qui venereo complexu jungitur cum inquinata a pudendis labem contrahit; qui effusiore osculo salivam exceperit, ab ore. Nutrix a qua pollutus infans lac sugit, a mammis; infans ore et faucibus, si nutrix infecta. Obstetrix quæ infectæ parturienti opem tulisset, a manu quæ tandem excidit.* » Cette lésion initiale est toujours une ulcération. La contamination locale, dans les parties obscènes produit des pustules, des ulcères malins, la gonorrhée virulente, les bubons inguinaux ; mais ces lésions ne sont pas encore la véritable maladie : « *nondum lues sunt venerea sed rudimentum et veluti character ejus impendentis.* » Plus tard, le mal local étendant ses racines et se propageant à l'intérieur finit par porter la dévastation dans tout le corps. Le savant mé-

(1) Paracelse, *Grande chirurgie*, liv. I, ch. III, et liv. III, tr. I, ch. IV.
(2) Joann. Fernel, *Aphrod.*, *loc. cit.*, t. I, p. 609 et sq.

decin de Henry II distingue, mieux qu'on ne l'avait encore fait avant lui, les *degrés* ou les périodes de la maladie, d'après l'évolution régulière des symptômes; il insiste sur l'*unité* de principe des accidents dont la constitution individuelle des sujets fait seulement la différence. Toutefois, il s'élève contre l'emploi de la médication mercurielle.

Disciple de Vésale, en anatomie, de Musa Brassavole, en médecine, le plus savant et le plus fidèle des observateurs, Gabriel Fallope, condense, dans son traité *ex professo* (1), le plus méthodique et le plus complet sur la matière, les vérités acquises à la tradition et les illumine des clartés de son génie. Il démontre avec une grande rigueur d'analyse que la maladie est véritablement nouvelle; et qu'elle ne saurait être confondue ni avec la lèpre, ni avec toute autre affection importée de l'Orient par les Arabes; que ce n'est point la variole, ou la psore, mais bien une maladie essentielle et distincte, hydre à plusieurs têtes, apparaissant le plus souvent sur les organes génitaux et aussi sur toutes les parties exposées au contact d'une personne infectée; qu'elle est, en outre, une et simple, irréductible aux diverses intempéries galéniques. « *Nescio*, — dit-il, — *quid volunt illi, qui distinguere intendunt morbum hunc ratione humorum... Faciunt hi quadruplicem morbum et non vident quod multiplicant entia sine necessitate.* »

Il divise le premier, les ulcérations primitives en trois catégories et le caractère qu'il attribue à chacune d'elles peut servir encore de base à l'édification des formes de la maladie. En outre, il signale la valeur séméiotique de l'induration, l'existence des chancres du canal, la coloration chair de jambon des éruptions vénériennes; il regarde les

(1) Gab. Fallope, *ibid.*, t. II, p. 7.

chancres, le bubon et la gonorrhée comme « des soldats armés à la légère précédant l'armée française; » il retrace avec une plus grande justesse les signes de la maladie *confirmée* et *non confirmée*, de la gonorrhée simple et vénérienne, etc. : toutes vérités pratiques de premier ordre dont le célèbre anatomiste de Padoue confie les germes à la science qui doit les féconder dans l'avenir.

Nous les retrouverons sur notre chemin plus d'une fois; mais, en attendant, je ne puis m'empêcher d'appeler ici l'attention du lecteur sur la tentative faite par le célèbre syphilographe du seizième siècle pour distinguer la gonorrhée vénérienne de la non vénérienne. Si les brèves conjectures sur lesquelles il croit devoir fonder ces différences ne sont pas toutes exactes, il en est cependant qui constituent encore des signes d'une certaine valeur, témoin le suivant : « *Secundum indicium est a diuturnitate, quia gallica (gonorrhœa) longa est, non gallica citius sedit, nisi fuerit ex catarrho.* » S'il réunit sous la même désignation de gonorrhée non vénérienne les écoulements uréthraux les plus divers et en particulier le flux séminal qui entraîne la consomption, cela prouve au moins qu'il ne confond pas ce dernier avec la gonorrhée vénérienne comme la plupart de ses devanciers et de ses successeurs. En somme, il faut reconnaître que Fallope a eu le sentiment formel de la distinction nosologique définitivement accomplie de nos jours.

Quant à la thérapeutique générale de la maladie, tout en racontant, non sans quelque ironie, les miracles opérés par les empiriques au moyen du mercure dont il esquisse vigoureusement les dangers, il en réfère aux voies d'une sage méthode d'indications parmi lesquelles il fait rentrer surtout l'administration du gayac.

Il y a, je le répète, au milieu de ces données de l'observa-

tion, plus d'une vue conjecturale, particulièrement sur le rôle attribué au foie dans la genèse des accidents vénériens. Mais sans nous arrêter à des hypothèses dont la responsabilité doit peser moins sur un homme que sur une époque entière dont elles sont le goût dominant, confessons que peu d'observateurs, même longtemps après lui, ont eu la gloire d'enrichir d'une moisson aussi abondante le champ réservé à l'histoire de la syphilis. Si Fernel a nettement aperçu les vérités étiologiques de cette maladie, Fallope en a surtout admirablement dessiné la séméiotique. L'un et l'autre sont à nos yeux les véritables représentants de cette phase historique qui remplit la seconde moitié du seizième siècle et toute la durée du siècle suivant. Aussi ne signalerons-nous ici que pour mémoire parmi leurs successeurs les noms de Varandal (1620), Thierry de Héry (1634) auxquels on doit seulement la détermination plus méthodique des évolutions naturelles de la maladie.

§ 3. — Troisième époque : Boerhaave et l'école de Leyde, Astruc, Chicoyneau, van Swieten, Sanchez et ses successeurs.

La troisième période comprend le dix-huitième siècle : elle s'étend de Boerhaave à John Hunter.

Boerhaave ouvre la scène. Il condamne énergiquement la cautérisation de l'ulcère primitif qui a pour effet de refouler le virus dans l'économie : « *Unde creberrime natam postea luem vidi* (1). » Il reconnaît quatre espèces de gonorrhée

(1) Boerhaave, *Med. cultoribus. Præf. aphrod.*, 1728.

virulente ou vénérienne, le siége anatomique plus ou moins profond des lésions uréthrales, etc., etc.

Sous l'influence des doctrines de l'école de Leyde, l'iatromécanique développe les enseignements de Fernel sur le rôle de la cause morbifique ou virulente dans la pathogénie de la syphilis. De plus en plus, le virus est considéré comme un être à part, distinct, ayant une existence propre, dont la matière plus ou moins subtile, pénétrant plus ou moins profondément l'organisme, cause la variété des symptômes. Et dans cette croyance, l'administration du mercure doit avoir pour objet et pour fin d'éliminer mécaniquement le virus : de là cette grave conséquence thérapeutique, si opiniâtre dans son principe, si funeste dans ses résultats, savoir la méthode de la *salivation*.

Astruc suit la même doctrine de l'existence indépendante du virus, dont la subtilité plus ou moins grande fait la différence des phénomènes locaux. Pour le combattre, il convient d'introduire le mercure dans les vaisseaux en globules très-petits ; là, ces globules acquérant par leur pesanteur une vitesse plus grande que le sang lui-même, rencontrent dans leur course précipitée les parcelles virulentes qui sont broyées, atomisées, abandonnées ensuite au pouvoir éliminateur des exhalations. — Pour Astruc, l'écoulement séminal, la gonorrhée simple et la gonorrhée virulente constituaient trois affections diverses. Mais le célèbre nosologiste admettait encore sans hésitation l'identité de nature de la syphilis et de la gonorrhée virulente.

A cette époque, l'hypothèse de l'élimination mécanique du virus subit une modification qui amena de grands changements dans les errements de la pratique. La méthode de la salivation, accusée de laisser perdre une grande quantité des principes spécifiques du mercure, fut attaquée par Chi-

coyneau (1718) qui montra le premier la possibilité de la cure du virus par *extinction*, c'est-à-dire en forçant l'antidote à séjourner le plus longtemps possible en présence du virus. C'est dans ce sens que Van Swieten (1740) popularisa, à de faibles doses, l'usage du sublimé corrosif, dans la liqueur qui porte son nom, sur les indications de Sanchez.

La chasse au virus devint donc la préoccupation exclusive de l'art, comme c'était le fantôme obstiné de la science. La semence morbide fut suspectée partout, non-seulement dans le pus et le sang, mais encore dans la sueur, la salive et les larmes. Quelques médecins n'avaient-ils point déjà rapporté précédemment au regard des personnes contaminées la malignité de cette vapeur *vénéreuse ?*

Sanchez (1752), donnant libre carrière à son imagination aventureuse et sombre, enseigne que le virus vénérien est susceptible de produire tous les maux qui affligent l'humanité. Il lui accorde le pouvoir de créer, en quelque sorte de toutes pièces, une constitution particulière qu'il appelle *tempérament syphilitique :* constitution morbide persistant même après la guérison apparente et devenant pour les malades une source latente, mystérieuse et vivace de tourments sans fin. Exagérant des vues, très-justes d'ailleurs, au fond, sur la transmission héréditaire, encore imparfaitement connue, il lui attribuait le point de départ de toutes les difformités, teignes, affections parasitaires, écrouelles, débilitations qui atteignent l'enfance, enfin la somme des maux chroniques qui peuvent empoisonner les divers âges de la vie.

Fabre (1765), à qui l'on doit la première ligne de démarcation entre la syphilis *congéniale* et la syphilis *héréditaire*, adopta la théorie de la syphilis larvée avec toute son exa-

génération. Le virus, dans ces conjectures, peut séjourner indéfiniment dans le corps sans trouble apparent, susciter tôt ou tard tous les troubles aigus et chroniques imaginables, se marier même aux autres virus. Par là, l'on peut dire—avec M. Daremberg (1) à qui j'emprunte une partie de ces détails, que le domaine de la syphilis était reculé jusqu'aux limites de l'infini.

C'est encore le même système confus que reproduisent Rosen de Rosenstein (1768), Vigarous (1780), Carrière (1783) en plaçant dans la contagion vénérienne le germe de toutes les affections non-seulement déjà connues et définies, mais encore de celles que peut produire sa complication fortuite avec les virus psorique, goutteux, rhumatismal, scrofuleux, rachitique, cancéreux, scorbutique : de sorte, — disait Vigarous, des produits hybrides de cette union fantastique, — « qu'on pouvait les considérer comme des monstres, parce que, participant de deux poisons, ils n'appartenaient ni à l'un ni à l'autre. »

Cette époque est donc surtout remarquable par une étude plus approfondie des métamorphoses et des dégénérescences syphilitiques, et surtout de l'influence héréditaire. Ses exagérations mêmes, sous ce rapport, découvrent des vérités jusque-là peu aperçues et aujourd'hui trop discréditées. Signalons aussi, en passant, les deux grands monuments qu'elle nous a donnés, élevés par Astruc et Sanchez à l'étude historique des origines de la syphilis : le premier en découvrant et suivant ses vestiges dans l'importation américaine; le second, la faisant naître spontanément en Europe à l'état épidémique, sous l'influence de l'atmosphère et des saisons. Au reste, ce siècle a produit les travaux critiques

(1) *Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, 1846.

les plus remarquables dus à Beckett (1718), Hensler (1789), Grüner (1789), Sprengel (1796), etc., etc. C'est donc auss l'époque des principaux historiographes de la syphilis.

§ 4. — Quatrième époque. Balfour, Tode, Hunter, B. Bell, Swediaur.

Toutefois, parmi ces fantômes, au milieu de la confusion engendrée par cette multitude d'accidents englobés sous la désignation commune de maladie vénérienne, un courant opposé tend à se faire jour sur d'autres points.

Le premier, Balfour (1767) avait entrevu la véritable ligne de démarcation entre les affections syphilitiques et la gonorrhée : il comparait cette dernière au coryza. Bientôt Duncan et Tode surtout (1777) développèrent cette idée. Le dernier, professeur à Copenhague, écrivit là-dessus un ouvrage qui produisit quelque sensation dans la science. F. Hoffmann, partisan des idées anciennes, dans ses reparties acerbes, s'oublia jusques à accuser le novateur « de rechercher la gloire au même prix que les Cartouche et les Erostrate. »

Tode ne se laissa point émouvoir. Il persista fermement à soutenir l'opinion que le virus qui produit l'écoulement gonorrhéique était distinct de celui qui engendre la syphilis : en d'autres termes, que celle-ci ne donne point naissance à la gonorrhée, laquelle, de son côté, n'est point suivie des accidents ordinaires de la syphilis confirmée. Le problème était important. Aussitôt proposé, il réclamait une solution. Hunter entreprit de la chercher ; et pour produire des arguments irrécusables, il s'adressa à l'expérimentation. Pour la première fois, sous la lancette d'un illustre chirurgien de la Grande-Bretagne, l'inoculation fit son entrée solennelle dans le domaine de la syphilis.

Hunter expose ainsi la question (1) : « On a supposé que la gonorrhée et le chancre sont produits par deux poisons distincts; et cette opinion semble avoir quelque fondement pour peu que l'on se borne à considérer l'aspect extérieur de ces deux affections, et les méthodes différentes de traitement que l'on emploie pour les combattre. Tels sont trop souvent les seuls guides que nous ayons pour nous conduire à la connaissance de la nature d'un grand nombre de maladies. Mais si l'on envisage cette question sous d'autres points de vue et surtout *si l'on a recours à des expériences sur le résultat desquelles on puisse compter d'une manière absolue*, on reconnaît toute l'inexactitude de l'opinion qui vient d'être indiquée. »

Joignant l'exemple au précepte, le consciencieux expérimentateur s'inocula — sur lui-même, — le pus d'une gonorrhée. Il en résulta, au bout de quelques jours, des chancres sur les deux points inoculés, et plus tard se manifestèrent les symptômes les plus évidents de la syphilis confirmée. Dans des conditions aussi authentiques et de la part d'un expérimentateur aussi autorisé, l'épreuve pouvait sembler tout d'abord décisive.

Hunter s'appuya, en outre, sur les résultats fournis par la contagion naturelle, et cita des faits qui démontraient que la syphilis constitutionnelle peut reconnaître pour point de départ la gonorrhée. La diversité de résultats due au même virus n'embarrassait guère un esprit aussi fécond en ressources. Il créa de toutes pièces une brillante hypothèse qui rencontra grande faveur et dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment. Il suffira de dire ici que, pour lui, le virus vénérien, renfermé uniquement dans le pus des lésions

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, trad. Richelot. Paris, 1859, p. 30.

locales primitives, toujours identique dans son essence, produit, soit le chancre, soit la gonorrhée, suivant qu'il est inoculé sous l'épiderme cutané, ou suivant qu'il est déposé au contact d'un tissu muqueux. Soutenue à la fois par le prestige de l'expérimentation, le témoignage spécieux de quelques faits, non moins que par des explications plus ou moins ingénieuses, — la doctrine ancienne de l'identité de nature de la syphilis et de la gonorrhée sortit un moment victorieuse de ce premier assaut, grâce à l'autorité et à la lancette de Hunter.

Ces débuts de la méthode expérimentale appliquée à l'étude et à la constitution nosologique des maladies vénériennes ne furent pas précisément heureux, en ce sens que l'expérimentation reposait, ainsi que nous le verrons, sur un malentendu, c'est-à-dire sur la confusion des divers écoulements uréthraux, accidents communs et symptomatiques de maladies distinctes. Ses résultats conduisirent à séquestrer le pouvoir contagieux de la syphilis exclusivement dans le pus des lésions locales primitives et, par conséquent, à nier la contagion de toutes les affections constitutionnelles, acquises ou héréditaires. Mais ils eurent aussi pour effet de faire rejeter l'ubiquité universelle et fantastique attribuée au virus dans l'économie. De sorte que, tout en défendant le principe ancien de l'identité, Hunter ruinait, en même temps que ses erreurs, la plus grande partie des données traditionnelles qui gratifiaient ce principe de quelque crédit.

L'élan était donné. Malgré les fermes dénégations de Hunter, Benjamin Bell (1) releva, quinze années après Tode, la cause soutenue par ce dernier. Appuyé sur une

(1) B. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, trad. par Bosquillon. Paris, 1802.

vaste observation, faisant valoir le témoignage d'un grand nombre de praticiens, armé à son tour de l'expérimentation, il soutint que la gonorrhée ne reproduit pas habituellement le chancre par l'inoculation, et que, dans la grande majorité des cas, chez les malades qui la contractent, elle n'est point suivie des accidents de la syphilis confirmée.

Le sagace chirurgien d'Edimbourg ne laissa sans réponse aucune des objections qui lui furent suscitées. L'on avait prétendu que la gonorrhée n'engendre pas la syphilis confirmée, moins par inaptitude à développer ces accidents, que par le fait d'une déperdition considérable de la matière virulente par les surfaces affectées. Or, B. Bell montrait, par les résultats de sa pratique, la gonorrhée, quoique prématurément arrêtée par des injections caustiques, toujours indemne d'accidents syphilitiques ultérieurs. Comparant l'influence du mercure si favorable dans la syphilis, indifférente ou même nuisible dans la gonorrhée, il voyait dans la différence radicale des effets thérapeutiques la confirmation de la diversité de principe de ces deux maladies. Ses vues sur le pouvoir antidotique du mercure sont, au moins à quelques égards, recommadables. « La plus petite parcelle de virus (dit-il), suffit, comme on sait, pour produire la maladie; il est, en conséquence, aussi naturel de croire qu'elle peut être guérie par une dose très-médiocre d'un remède quelconque qui guérit comme antidote d'un virus. » Paroles remarquables à une époque où l'emploi du mercure était encore poussé jusqu'à l'abus. Enfin il s'attacha à réhabiliter le pouvoir contagieux constitutionnel acquis ou héréditaire nié par Hunter ; et ce problème ardu, il l'a résolu merveilleusement pour son temps. Rendons hommage, en passant, à cette œuvre glorieuse qui révèle dans son au-

teur l'un des observateurs les plus éminents dont s'honore la syphilographie.

Cependant, si exceptionnels qu'on les suppose, l'on pouvait toujours invoquer victorieusement contre la nouvelle doctrine les faits qu'elle ne dissimulait pas d'ailleurs, et qui établissaient que, dans certains cas, la gonorrhée pouvait être suivie des accidents de la syphilis confirmée. C'est au nom de ces faits surtout que l'un des plus illustres compatriotes de B. Bell, J. F. Swediaur (1798) tenta de réfuter l'opinion qui venait de se produire. Il admettait parfaitement que, parmi les accidents de source vénérienne, quelques-uns n'appartiennent point à la syphilis, et que, parmi les affections comprises sous la dénomination impropre de gonorrhée, beaucoup, ou n'avaient aucune relation avec la syphilis, ou même ne pouvaient être rapportées au commerce vénérien. Remarquant, en outre, et avec raison, que ce terme de gonorrhée, — signifiant écoulement de la semence, — tendait à induire en erreur sur la nature aussi bien que sur le traitement de la maladie en présentant l'idée d'un fait qui n'existe pas ici, il lui parut que le nom de *blennorrhagie* (2) convient mieux à ses véritables symptômes : mot auquel il ajouta celui de *syphilitique* pour désigner l'écoulement des parties génitales des deux sexes, produit par le virus spécifique. Pour lui, ce même virus a le pouvoir de produire indifféremment le chancre ou la blennorrhagie virulente; et celle-ci, de s'accompagner d'ulcérations dans le canal, ce qui nécessite, pour la combattre, l'emploi du mercure dans ce cas seulement.

En un mot, la blennorraghie virulente n'est qu'une in-

(1) Swediaur, *Traité complet des maladies vénériennes*, 7e édit. Paris, 1817.

(2) Βλέννα, *mucus;* et ῥέω, *fluo.*

flammation purement locale produite par l'irritation directe du virus syphilitique et n'affectant que rarement le système entier.

En dehors de la blennorrhagie syphilitique, Swediaur distingue encore les blennorhagies *herpétiques*, *lépreuses*, *scorbutiques*, *goutteuses*, *rhumatiques*, *hémorrhoïdales*, *toxiques*, symptomatiques de la *dentition*, etc., etc.; en outre, des écoulements des parties génitales, non accompagnés de phénomènes inflammatoires, qu'il a désignés sous le nom de *blennorhées;* enfin, la *gonorrhée* proprement dite ou flux séminal (*spermacrasia*, *seu gonorrhœa proprie dicta*).

Assurément, ces distinctions nosologiques sont remarquables, et la plupart, encore aujourd'hui, méritent considération. Mais, ce qui doit émerveiller surtout, c'est de voir tous les efforts tentés par le chirurgien anglais pour étayer le principe de l'identité de la blennorrhagie et de la syphilis, en saper davantage le fondement.

Toute cette quatrième époque historique, aussi courte que brillante, se rapporte donc au débat nosologique élevé entre la blennorrhagie et la syphilis.

Ainsi, à la fin du dernier siècle, quatre grandes écoles avaient présidé tour à tour aux destins de la syphilographie.

L'école allemande ayant pour représentant surtout Paracelse;

L'école française, en tête de laquelle se place Fernel;

L'école italienne, personnifiée dans Gabriel Fallope;

Enfin, l'école anglaise, — dirigée à des points de vue, il est vrai, différents par Hunter et B. Bell, — école venue tard dans la lice, mais qui n'a pas laissé une empreinte moins profonde ou moins durable dans la science.

esprits s'échauffer pour la science. L'activité de la nation se précipitait à d'autres combats. Cullerier, l'oncle, suivait les errements anciens que devaient répudier plus tard les héritiers de son nom.

Cependant la doctrine de Tode et de B. Bell fut reprise et développée par Hernandez (1812) sur le terrain expérimental. Les expériences, — au nombre de dix-sept, — que pratiqua cet excellent observateur à l'hôpital des Chiourmes, à Toulon, avaient pour objet d'établir plus fortement l'indépendance de la syphilis et de la blennorrhagie. Il rapporta, en outre, un certain nombre d'expériences analogues dues aux docteurs Harrisson et Tongue de Philadelphie, témoignant dans le même sens. Elles avaient toutes la même conclusion : l'inoculation de la matière blennorrhagique suivie de résultats négatifs, au contraire, l'inoculation du pus des ulcérations syphilitiques, suivie de résultats positifs, c'est-à-dire chancreux. Toutefois ces données expérimentales passèrent d'abord inaperçues; et, pendant que la plupart des médecins anglais soutenaient, à la suite de B. Bell, la nature non vénérienne, ou, pour mieux dire, non syphilitique de la blennorrhagie, en France, au contraire, cette affection restait obstinément identifiée avec la syphilis, et condamnée par conséquent aux préparations mercurielles de rigueur.

Ce n'est pas tout. Les progrès de l'observation clinique tendaient à mettre en lumière certaines différences dans les rapports d'association et de succession des accidents syphilitiques. Un chirurgien irlandais, Carmichaël, crut remarquer que tels symptômes primitifs correspondaient à telles affections consécutives; et, sur cette concordance plus ou moins réelle, il entreprit de morceler l'ancienne unité

morbide en quatre espèces distinctes ayant chacune pour principe un virus différent. Dans cette doctrine, la gonorrhée n'est pas séparée du groupe vénérien générique; elle devient, avec l'ulcère simple, le point de départ d'un type syphilitique particulier : celui dont les accidents consécutifs sont les plus superficiels et les plus légers. Quant au mercure, son emploi est restreint au type dont les affections sont plus profondes ou plus accentuées.

A ces trois opinions prétendant assigner la cause prochaine de la maladie vénérienne à un, à deux, ou même à quatre principes morbifiques, il faut ajouter celle qui nie radicalement l'existence propre de tous ces principes, miasmes, poisons ou virus.

Cette négation avait été formulée déjà vers la fin du dernier siècle (1789), par Bru, et cela, au nom de l'expérimentation. Cet observateur prétendit avoir inoculé sans aucun succès, non-seulement la matière gonorrhéique, mais le pus chancreux « de toutes les qualités et de tous les âges », celui du bubon et de tous les autres accidents vénériens. Il faut avouer que l'expérimentation, si elle fut sincère de sa part, ne laissa pas que de l'entretenir dans des illusions singulières. Quoi qu'il en soit, Bru avait affirmé que le pus vénérien ne contient aucun principe délétère ou virulent, et que la contagion, — car il n'allait pas jusqu'à la nier aussi, — provient d'un mode vénérien qui est le résultat d'un « fluide électrique ou de tout autre mode de feu élémentaire, attiré et passé sous forme d'expansion. »

Caron (1811), n'admit pas davantage le virus vénérien dont l'intussusception était regardée comme le mécanisme ou la genèse des accidents syphilitiques. Selon ce médecin, dans la communication de la maladie ce n'est point un

cord le dénoua avec un plein succès, en démontrant, — soit par l'observation directe, soit chez les femmes par les révélations du spéculum, soit enfin par l'autopsie — que, dans ces circonstances, l'écoulement uréthral n'est point dû à la blennorrhagie, mais à un chancre du canal, du vagin ou de l'utérus, et, par conséquent, que l'inoculation positive de cet écoulement rentre dans la règle générale, loin de l'infirmer. Certes l'inoculation semblait avoir alors gain de cause malgré l'opiniâtre résistance de ses adversaires. L'habile expérimentateur pouvait se flatter d'avoir conquis l'indépendance nosologique de la blennorrhagie à l'aide de la lancette. Prétention exagérée sans doute, car le temps allait bientôt dissiper une partie de ces illusions et réduire, sous ce rapport, la portée séméiologique de l'inoculation. Néanmoins l'œuvre laborieuse était, on peut le dire, enfin accomplie ; et si, pour soumettre le problème en litige à toutes les conditions qu'il doit remplir, au lieu de l'examiner simplement au point de vue spécial de l'inoculation expérimentale, on l'étudie dans l'ensemble de ses éléments, la solution de M. Ricord reste justifiée. Rien ne montre mieux en effet la diversité de nature de la blennorrhagie et de la syphilis que la différence radicale qu'elles présentent dans leurs symptômes, leurs lésions, leur marche, leur durée, en un mot, dans l'ensemble de leurs caractères et de leurs évolutions. Ce procès est désormais jugé.

Les mêmes remarques doivent s'appliquer à diverses affections familières aux parties génitales, que ces affections tirent ou non leur origine d'un commerce impur, telles que la balano-posthite, les végétations, etc., etc., — affections jusque-là confondues généralement avec la syphilis, et traitées en conséquence.

Toute cette partie de la tâche de M. Ricord est, à notre

sens, le plus beau fleuron de sa couronne. Elle ne saurait plus être sérieusement contestée désormais. L'étude clinique des diverses affections syphilitiques, la découverte des chancres sur les diverses régions où ils étaient jusque-là inaperçus, l'interprétation séméiotique des symptômes, le tableau complet des évolutions morbides peuvent être considérés comme autant de brillantes conquêtes que la science doit au talent d'observation de l'illustre syphilographe : conquêtes d'autant plus solides aujourd'hui que le temps a déjà fait disparaître les erreurs qui pouvaient en compromettre l'avenir. Nous aurons à revenir sur ces erreurs qui furent le résultat du point de vue vicieux où se plaça M. Ricord à la suite de Hunter, en adoptant l'hypothèse de l'infection syphilitique. Pour le moment, il nous suffit d'avoir montré la glorieuse part qui lui revient dans l'édification nosologique des maladies vénériennes et, en particulier, dans la constitution générale de la syphilis.

Nous allons retrouver encore M. Ricord dans la dernière phase qui nous reste à parcourir. Au crépuscule de sa carrière, nous verrons ce chef incontesté de la syphilographie contemporaine, entraîné et dépassé par ses impatients successeurs, revenir lui-même sur la meilleure part de son œuvre, — et, néanmoins, l'unité de la syphilis se compléter par les travaux et se consolider par les efforts de ceux qui prétendent, en ce moment, la renverser.

§ 6. — Sixième époque. Les contemporains. Nouveau système de M. Ricord et les dualistes. La jeune école de Lyon et les pluralistes. Les unitéistes. Les non-viruliistes.

La sixième époque est l'histoire de notre temps. Elle touche aux vingt dernières années. Le problème qu'elle porte

dans ses flancs, éliminant la blennorrhagie, regarde exclusivement la syphilis : il a pour objet final, sinon avoué, la détermination des formes de cette dernière maladie.

La distinction si nette de ses périodes avait été déjà féconde en résultats salutaires pour la pratique en permettant de préciser les indications thérapeutiques qui se rapportent à chacune d'elles et d'introduire l'iode contre les accidents invétérés rebelles à l'action du mercure. Mais personne n'avait encore entrepris de formuler d'une manière méthodique la diversité des types que présentent les évolutions naturelles de la syphilis, et de rechercher si ces types ne présentent pas aussi quelques indications correspondantes pour le traitement. Si Carmichaël avait pressenti plus particulièrement la question, elle s'était néanmoins perdue dans les brouillards de l'hypothèse et les égarements d'un point de vue systématique inaccepté.

Cependant, les remarquables distinctions de G. Fallope sur les différences des chancres, les rayonnements de l'œuvre de Hunter, les précieuses lois séméiotiques développées par M. Ricord sur la diversité des évolutions morbides qui accompagnent ou suivent les symptômes initiaux, avaient déjà singulièrement préparé le terrain et mûri la question.

Elle fut soulevée, pour la première fois, en 1844, par le docteur Jules Hélot, ancien interne du docteur Ricord. Mettant à profit les enseignements et les inspirations de notre commun et vénérable maître, J. P. Tessier, et ses propres observations à l'hôpital du Midi, il exposa, en quelques pages de sa remarquable thèse inaugurale (1), la diversité des formes de la syphilis, étudiées d'après l'ensemble de leurs caractères,

(1) Jules Hélot, *Théorie de la syphilis*. Thèse inaug. Paris, 1844.

en établissant que ces formes, auxquelles la blennorrhagie est complétement étrangère, sont au nombre de quatre : savoir, la syphilis *commune* ou *grave*, *bénigne*, *phagédénique* et *héréditaire*.

Pendant le même temps, occupé moi-même, à l'hôpital de Lourcine, à concentrer sur ce problème toute la lumière des faits que m'offrait avec largesse un si riche théâtre d'observations, j'arrivais aux mêmes conclusions dans un mémoire adressé en 1844, comme je l'ai dit, au Jury médical des hôpitaux.

Mais c'est sous d'autres aspects que les syphilographes contemporains devaient envisager et discuter la question nouvelle.

Les progrès de l'observation clinique avaient depuis longtemps sanctionné la justesse et l'importance de la division traditionnelle admise entre la syphilis *confirmée* (des anciens auteurs) ou *constitutionnelle* (de Hunter), et la syphilis *non confirmée*. En effet, tantôt la maladie se révèle par des lésions localisées, siégeant uniquement dans la sphère de l'insertion virulente sans dépasser jamais, dans ses lésions, les limites de cette localité, sans produire, par conséquent, le moindre accident consécutif d'aucune sorte sur le reste de l'économie ; tantôt, au contraire, le mal, débordant bientôt l'étroite circonscription originelle, va faire des explosions successives et multipliées, trop souvent interminables dans les régions les plus diverses. Or, ce qui constituait jusque-là deux *degrés* de la même maladie devenait pour Hunter deux *formes*, soit la forme *locale* (le chancre, auquel il ajoutait la gonorrhée) et la forme *constitutionnelle* appartenant toujours à la même unité.

A ne considérer donc que ces deux grandes séries qui sont loin d'embrasser la diversité des faits, on s'est demandé la rai-



son de leur différence. M. Ricord affirmait d'abord que « le principe de la maladie syphilitique est toujours identique comme celui de la variole et que les différences ne tiennent qu'aux conditions individuelles (1). » Cette différence, selon la première opinion de l'auteur, « n'est qu'une conséquence des conditions idiosyncrasiques de l'individu qui subit l'infection et ne dépend nullement des conditions actuelles de l'individu qui transmet. » Mais bientôt, en 1851, l'horizon du problème s'élargit, l'observation suscite deux faits nouveaux: — les inoculations pratiquées sur les individus sains, d'une part, et, d'autre part, les confrontations des malades par couples contaminés; — ce qui permet de suivre pas à pas les traces de la contagion, et de voir que les chancres se transmettent le plus souvent dans leur variété. Ces premiers aperçus ouvrent à la syphilographie une voie nouvelle. Le maître alors change de langage. Les différences consécutives à la contamination syphilitique ne sont plus pour lui le résultat des conditions idiosyncrasiques de l'individu infecté; « elles tiendraient aussi à des modifications dans la cause morbifique ou le principe infectant (2). » En d'autres termes, il faudrait conclure des inoculations chancreuses, se transmettant le plus souvent dans leur forme, à une différence essentielle dans la spécificité ou la *nature* propre du virus.

Cette conclusion, il est vrai, était encore enveloppée de restrictions et de réserves; mais elle allait se dégager clairement de ses nuages sous l'impulsion décidée des élèves de l'hôpital du Midi. Et tout d'abord, dès 1852 (3), M. Bassereau

(1) Ricord, Notes aux *Œuvres complètes* de John Hunter. Paris, 1843, t. II, p. 469.

(2) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 1851, p. 359. — 3e édit. Paris, 1863.

(3) L. Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, Paris, 1852.

la formula avec une décision et une netteté qu'elle n'a jamais eues peut-être depuis. Le premier, cet impétueux soldat de la brillante pléiade de M. Ricord franchit le Rubicon et lança contre l'unité de la syphilis un édit implacable.

Suivant cet auteur, il faut scinder désormais cette unité en deux maladies distinctes : l'une ayant existé de tout temps, l'autre ne remontant pas, en Europe, au delà du quinzième siècle; la première, caractérisée par le chancre *simple* ou à bubon suppuré; la seconde, par le chancre *induré* ou à symptômes constitutionnels; celle-là ne se transformant jamais en celle-ci; chacune d'elles ayant son *virus propre*, sa semence originelle particulière, et transmettant par inoculation ou contagion d'un individu à un autre une *espèce morbide* parfaitement distincte.

Il est impossible de professer sur la *dualité* du virus une opinion plus radicale. Mais, à peine enfantée, cette formule aussi absolue fut-elle démentie à chaque instant sur le terrain de l'observation. Aussi avons-nous vu surgir aussitôt, dans le camp même des auxiliaires de M. Bassereau, des nuances d'opinions incessantes pour arriver à une loi un peu moins revêche à l'interprétation et surtout à la coordination générale des faits. Chaque adepte de la nouvelle doctrine s'est doublé aussitôt d'un dissident; et il s'est formé autant de sectes que d'observateurs.

Pour MM. Clerc (1) et Maratray (2), il existe deux variétés de l'ulcère primitif, se transmettant chacune comme espèce pathologique distincte, et toutefois ne reconnaissant pas une origine ou une nature différentes. La première, — le chancre simple, à base molle, à bubon suppuré, — n'est point,

(1) Clerc, *Du chancroïde syph.*, 1854.
(2) Maratray, *De la syphilis primitive ou locale* (Thèse). Paris, 1854.

dans sa source primitive, une manifestation morbide réellement originale ; c'est plutôt une dégénérescence de la seconde variété, le chancre à base dure, dégénérescence résultant de la communication de ce dernier à un sujet préalablement ou actuellement atteint des symptômes constitutionnels, l'expérience démontrant, en effet, que, dans beaucoup de cas, ces symptômes ne se développent pas chez les individus déjà *diathésés*. Cette production hybride, — baptisée du nom de *chancroïde*, pour la distinguer du véritable chancre dit *infectant*, — expliquerait donc les faits de chancre induré transmettant le chancre mou, à la condition, bien entendu, d'une diathèse déjà acquise, ce qui est loin d'être l'expression de la vérité dans beaucoup de cas. Ce serait donc ici moins la nature propre du virus que le milieu variable où il est transplanté qui devient la véritable cause prochaine des accidents ultérieurs de la maladie. Aussi faut-il s'étonner, — pendant que M. Maratray reste fidèle au principe de l'*unicité* du virus, — de voir notre judicieux confrère et ami, M. Clerc, se déclarer, au contraire, partisan du dualisme. Ce dernier serait donc à la fois dualiste et unitéiste, ou, si l'on veut, d'après la qualification de M. Langlebert, *unitéi-dualiste*.

Voici une adhésion au premier abord plus catégorique : « Mon adhésion a été trop mûrie pour qu'elle devienne jamais du prosélytisme ou de l'intolérance. Je suis *dualiste* en un mot, non duelliste, et je laisse volontiers la conviction se former dans les esprits par les mêmes procédés lents mais sûrs qui me l'ont acquise (1). »

A ce langage, à cette profession de foi, l'on reconnaît

(1) Diday, *Exposé critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858.

sans peine M. Diday. Mais cette conviction si parfaite ne l'empêche point d'ajouter tout d'abord au dualisme de M. Bassereau une petite variante, en attendant mieux. Il accepte en même temps, — indépendamment du chancre induré commun à la dichotomie de tous les syphilographes, — le chancre simple de M. Bassereau et le chancroïde de M. Clerc; et après avoir donné au premier le nom de *chancrelle*, il nomme le second *induroïde* (1), parce que celui-ci est susceptible, sur un sujet *non diathésé*, c'est-à-dire indemne de tous symptômes syphilitiques constitutionnels, de reprendre son activité première et de développer, à l'instar du chancre induré, ces mêmes accidents, — métamorphose non reconnue de M. Clerc. On voit donc que la nouvelle interprétation particulière de M. Diday a pour but de rallier à l'hypothèse générale de la dualité du virus une nouvelle série de faits que l'on pouvait alléguer jusque-là comme autant d'objections. Quoi qu'il en soit, voici trois catégories de chancres, — indurés, induroïdes ou chancroïdes, et simples ou chancrelles, — et deux séries de virus, dont l'un déploie ou, au contraire, perd son activité constitutionnelle suivant le milieu. Nous verrons que ce n'est pas tout.

A côté de ces divergences d'opinion sur l'ulcère primitif à base molle, il y a moins de dissentiment sur la seconde variété de l'ulcère primitif, soit le chancre à base indurée. D'une part, on l'a déclaré tout d'une voix *infectant*, c'est-à-dire — pour nous en tenir ici au seul caractère séméiotique — ayant fatalement l'aptitude à transmettre à sa suite la syphilis constitutionnelle ; et seul il a été doté du privilége de l'infection ; d'autre part, on a prétendu que, seul aussi, il ne pouvait être reproduit par l'inoculation, soit sur le sujet

(1) En dernier lieu, M. Diday s'est rallié au *chancroïde* de M. Clerc.

même qui en est porteur, soit sur tout autre individu sous l'influence de la *diathèse* syphilitique ; ce dernier chancre étant déclaré *non auto-inoculable*, et le chancre simple *auto-inoculable* indéfiniment. Ces deux nouvelles propositions ont rallié pendant quelque temps, sans aucune divergence, la phalange des dualistes.

Moins dociles aux systèmes, les faits n'ont pas sanctionné ces lois déclarées immuables. Sous l'influence de la contagion naturelle, il est arrivé plus d'une fois que ces innocentes ulcérations primitives à base molle, — non suivies d'accidents constitutionnels chez le malade qui en était porteur, — ont provoqué, dans leur transmission à un autre sujet, l'induration chancreuse caractéristique et les symptômes de la syphilis confirmée, et cela sans qu'il fût possible d'invoquer, chez l'un une immunité déjà acquise, chez l'autre une réceptivité due à l'absence de tous accidents antérieurs. D'un autre côté, à la suite de l'inoculation expérimentale, on a vu le chancre induré, prétendu *non auto-inoculable*, développer la pustule caractéristique soit sur le malade lui-même, soit sur tout autre sujet soumis à la même infection.

Pour répondre à ces faits embarrassants, un observateur très-consciencieux qui a fourni le plus grand nombre de matériaux dans ce débat, M. A. Fournier (1), n'a point hésité à contester la transmission obligée de tout chancre à base molle sous forme de chancre simple non infectant. « Il est faux, — avoue-t-il, — qu'un chancre de cette nature donne *toujours et invariablement* naissance à un chancre simple. » Mais, dualiste enthousiaste, l'auteur admet *par hypothèse*, que cette variété doit être produite par un chancre induré. — Laissons l'hypothèse et retenons le fait.

(1) Alfred Fournier, *Recherches sur la contagion du chancre*, 1857.

Il serait injuste de méconnaître, à cause du point de vue systématique où se sont placés les dualistes, les progrès dont la syphilographie est redevable à leur vaillante initiative. L'observation multipliée et laborieuse qu'elle a suscitée a permis d'étudier avec plus d'exactitude les caractères séméiotiques des variétés diverses de l'ulcération primitive, et d'éclairer en outre le problème si ardu de la contagion syphilitique d'un jour nouveau.

Ainsi ont été mises en lumière les différences du chancre simple et du chancre dit infectant, au triple point de vue des phénomènes objectifs qui les caractérisent, des symptômes qui les suivent sur le malade, des affections qui en résultent par leur transmission respective à l'individu sain.

La détermination de ces caractères restera une conquête assurée pour la science, lorsque l'observation aura fait justice des exagérations qui en dénaturent la portée et en compromettent le succès. C'est à tort, comme nous le démontrerons, que les dualistes veulent trouver dans ces différences une raison suffisante pour scinder la syphilis en deux maladies distinctes, puisqu'ils ne peuvent s'empêcher de reconnaître la transmission possible de l'une par l'autre : seul fait de nature à confondre toutes leurs présomptions.

C'est pour renverser cette dernière barrière que la jeune école de l'Antiquaille est intervenue dans ces derniers temps sous la conduite de M. le docteur Rollet. Il fallait expliquer comment les caractères objectifs assignés exclusivement au chancre simple se rencontrent parfois dans le chancre dit infectant ; et comment les caractères contagieux de l'un ou de l'autre sont susceptibles de s'échanger réciproquement. Cette explication ne tarda point d'être donnée par un des plus ingénieux élèves de M. Ricord, devenu à son tour le véritable chef

de l'école lyonnaise, le docteur Rollet, qui établit la coexistence du chancre simple et infectant dans une même ulcération. Ce chirurgien, ayant greffé par l'inoculation artificielle du pus de chancre simple sur des chancres indurés, a vu refleurir momentanément chez ceux-ci les caractères de ceux-là, tels que l'auto-inoculabilité, pendant que les derniers conservaient d'ailleurs le monopole des accidents constitutionnels ultérieurs. — Il nomma ces chancres *mixtes*. « On peut avancer, disait en 1860, l'un des élèves de M. Rollet (1), que tous les chancres suivis de manifestations secondaires, inoculés avec succès aux syphilitiques, sont des chancres mixtes. » M. Rollet, l'année suivante, affirma plus rigoureusement que l'on doit regarder comme un chancre mixte tout chancre induré réinoculable. Depuis cette époque, pour l'école syphilographique lyonnaise, le chancre mixte a été une réponse à tout. Un chancre dur est-il coupé à pic, suppurant, etc., etc. ? c'est un chancre mixte. Commence-t-il par une pustule ? il doit être mixte. Se renouvelle-t-il sur le porteur ? c'est qu'il est mixte. De même le chancre simple est-il suivi d'accidents constitutionnels ? on le tient pour mixte, sans autre forme de procès.

Cependant l'existence de ce chancre mixte n'est point une chimère ou une création purement artificielle de la lancette. Les expérimentations de M. Rollet et ses élèves, racontées par MM. Chabalier, Basset (2), et dernièrement M. Naudet (3), dissipent une partie de nos doutes. Mais, l'explication nouvelle s'applique-t-elle à tous les faits ? Est-on fondé à dire

(1) Chabalier, *Preuves historiques de la pluralité des maladies vénériennes*. Thèse. Paris, 1860.

(2) Basset, *De la simultan. des mal. vénér.* Thèse. Paris, 1860.

(3) Naudet, *Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancres*. Thèse. Montpellier, 1863.

que tous les cas sans exception de chancres durs, réinoculables soient dus à l'insertion nécessaire du double pus?

Voici venir un expérimentateur des plus autorisés, Melchior Robert, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, dont la science syphilographique déplore la perte récente, qui, après avoir répété nombre de fois les tentatives de ses collègues, en contredit formellement les conclusions (1). Mettant, lui aussi, la clinique et l'expérimentation à contribution sur un vaste théâtre, il renverse toutes les propositions des dualistes, en affirmant : que le pus du chancre induré est inoculable, dans beaucoup de cas, au malade même; qu'il peut être transplanté avec succès du malade à un autre individu actuellement atteint de syphilis; que le même pus infectant peut développer, chez l'individu exempt d'infection, une ulcération molle; que, s'il est inoculé en même temps et isolément à plusieurs individus, ou transplanté des uns aux autres, et successivement, il engendre des ulcérations qui diffèrent par l'aspect, l'intensité, la marche et la forme; que l'inoculation simultanée du pus de chancre simple et du pus de chancre induré, chez un individu exempt de syphilis, engendre deux pustules qui presque toujours affectent une forme et une marche si identiques qu'il est impossible de distinguer laquelle de ces deux pustules provient du chancre induré ou du chancre simple; que l'inoculation expérimentale du pus de chancre induré n'est pas fatalement suivie de vérole constitutionnelle... En un mot, l'auteur conclut de ses expériences, aussi nombreuses que variées, que si, dans un bon nombre de cas, les deux espèces de chancres, — le mou et l'induré, — se transmettent chacune dans leur espèce, dans un certain nombre aussi, il n'est pas

(1) Melchior Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes*. Paris, 1861.



possible de nier que ces deux espèces se croisent et s'engendrent l'une par l'autre, de façon à établir d'une manière irréfutable qu'elles proviennent du même principe.

Melchior Robert n'a pas eu recours seulement au témoignage expérimental de la lancette contre la dualité du virus; il a encore invoqué la contagion naturelle, montrant, à l'aide d'observations cliniques et de confrontations rigoureuses, que la même source est susceptible de produire la diversité des formes morbides attribuées par les dualistes à des contages distincts.

Avec lui, d'autres observateurs sont entrés dans la lice pour appuyer l'unité de la maladie, apportant des faits qui démontrent que la syphilis confirmée et non confirmée peut venir, dans certains cas très-authentiques et très-évidents, d'une seule et même source. Parmi ces observateurs et ces critiques, il est juste de citer Gabalda qui a mis au jour le travail dogmatique le plus net sur la question (1), la thèse de M. Maratray, le rapport de M. Cullerier à la Société de chirurgie (1855), les observations de M. Edmond Langlebert, etc., etc., enfin la thèse de M. Gonnard (2).

Ainsi donc, la plupart des courants nosologiques dispersés dans la tradition se heurtent dans un dernier conflit en ce moment.

L'opinion ancienne, depuis longtemps retranchée à l'hôpital Saint-Louis, défend l'identité confuse de « la maladie vénérienne. » Pour cette école, la blennorrhagie, les végétations, tout accident suspect siégeant sur les organes géni-

(1) F. Gabalda, *De la nature du virus syphilitique et de son unité* in *Art méd.*, t. XV et XVI.

(2) Gonnard, *Essai critique sur l'instit. de la dualité chancreuse*. Thèse. Paris, 1863.

taux ou paraissant provenir d'un impur commerce, ne sont que des formes, ou, pour mieux dire, des affections de la même unité virulente dont l'idiosyncrasie de chaque sujet fait la seule diversité. A la tête de cette théorie marchent MM. Gibert et Alphée Cazenave, qui, — malgré leurs résistances sur ce terrain, — n'ont pas moins rendu, sous d'autres rapports, d'éminents services à la syphilographie.

L'opinion nouvelle, réunie sous la bannière de l'hôpital du Midi, soutient la pluralité des maladies vénériennes. D'accord sur la distinction nosologique de la blennorrhagie, des végétations, de la balano-posthite ulcéreuse et de la syphilis, aussitôt après, dans les mêmes rangs, la scission commence. Pour la syphilis, la jeune école en particulier n'admet à ce titre que les accidents liés à l'infection constitutionnelle. Elle reconnaît à ce compte deux virus essentiellement distincts : l'*infectant* et le *non infectant*, soit deux maladies : l'*ulcère contagieux* et la *syphilis*. Sous ce dualisme, se cache le dogme de la pluralité indéfinie des maladies vénériennes.

Enfin, dans une catégorie à part, se groupent les médecins qui regardent le virus, un ou multiple, comme une chimère et le nient formellement. Dans ce nombre est, si je ne me trompe, M. Bazin qui occupe dans la science une place si originale et à l'hôpital Saint-Louis un rang si distingué.

De sorte que la syphilographie ne contient actuellement aucune donnée importante qui ne soit controversée et résolue en sens divers, et qu'il serait difficile de constater, en d'autres temps, à la suite de révolutions plus tumultueuses, pareille anarchie. Qu'est-ce que le virus? Un mythe. Où commence, où finit la syphilis ? On l'ignore. Que produit au moins l'inoculation? Des résultats contradictoires. Et le pou-

voir contagieux ? On en dispute. Dans ce pêle-mêle d'opinions, il n'y a pas jusques au chancre qui ne soit la bouteille à l'encre des observateurs du jour.

Pourtant, il y a plus d'un progrès très-réel au milieu de cette confusion générale, et sous ces broussailles germe plus d'un épi. Montrons donc maintenant l'ivraie qui stérilise la meilleure part de la moisson contemporaine, et faisons à la fois profit des données impérissables de la tradition et des acquisitions légitimes de notre temps.

CHAPITRE II

HYPOTHÈSES ET SYSTÈMES

§ 1. — **Hypothèses sur le virus.**

La source principale des questions mal posées, des problèmes mal résolus, des formules arbitraires, des distinctions équivoques, des dissensions puériles, des néologismes de fantaisie dont les recherches sur la syphilis sont devenues l'objet ; la source principale, dis-je, des disputes et des logomachies actuelles, doit être cherchée dans une hypothèse fausse, admise comme un axiome, vénérée comme un article de foi, avec laquelle chaque observateur entreprend à sa manière la tâche ingrate de concilier les faits. Cette hypothèse est celle qui, considérant le virus syphilitique comme un *être concret*, coercible, indépendant, en fait la *cause prochaine*, c'est-à-dire l'essence même de la maladie.

La science moderne affiche un suprême dédain pour

les « vaines théories ». Chacun de ses programmes est un hommage à l'examen sévère et scrupuleux des faits. Rien de mieux sans doute, si l'on ne veut pas se payer de mots. Mais il faut se défier un peu de tout ce bruit. Les gens ne se vantent avec fracas que des vertus... qu'ils n'ont guère. Malgré les protestations excessives en l'honneur de l'observation, l'hypothèse ne voit point diminuer le nombre de ses adorateurs. Il n'est point passé, le goût des déguisements et des artifices. Et nos observateurs les plus prudes se laissent prendre encore très-volontiers aux séductions et aux caprices de la folle du logis.

Certains savants contemporains jurent par Bacon, comme autrefois les poëtes antiques par Jupiter. Le célèbre chancelier anglais est célébré comme l'inventeur de la méthode expérimentale, le révélateur de l'observation, le véritable restaurateur des sciences. Mais on se garde bien de parler des contes puérils et ridicules qu'il donne comme autant de vérités incontestables « pour établir les plus folles théories (1) ».

(1) Entre mille affirmations chimériques, il dira, par exemple, « *d'après l'expérience ancienne et moderne* (ce sont ses expressions), *que dans un fourneau de réverbère qui, tient du cuivre en fusion, on voit s'élever tout à coup un insecte ailé qui tantôt marche comme s'il était attaché aux parois du fourneau, et d'autres fois aussi s'agite dans le feu même, mais qui meurt subitement à l'instant où il sort de la fournaise. Cette* NOBLE EXPÉRIENCE *est bien digne d'attention, car elle prouve que le feu le plus violent peut, tout aussi bien que cette chaleur douce et tranquille qui anime la plupart des êtres organisés, opérer la vivification*, etc. » Il serait facile de citer un grand nombre de pareils échantillons.

Ainsi, encore, lorsque Bacon nous dit, sans le moindre signe d'incrédulité : « J'ai ouï dire *que dans les Pays-Bas on s'était avisé de greffer un pommier sur un trognon de chou, et qu'on avait récolté des pommes très-grosses et très-fades*, etc. » Le traducteur (M. Lasalle) se contente d'ajouter, en note, au bas de la page : « *Puis, la graine de ces choux donna des ortolans, qui, étant greffés sur une huître à l'écaille, donnè-*

—Il faut s'entendre cependant. Dans une science d'observation, il est puéril de célébrer les bienfaits de la méthode expérimentale. L'excellence de ce procédé, dans ses applications légitimes, ne peut être mise un moment en question. Mais faut-il pour cela tenir à l'écart, comme auxiliaires importuns et suspects, l'induction et le raisonnement, les témoignages de la tradition et les principes métaphysiques de la science ? Laissons à la vérité toutes ses voies lumineuses.

Bien plus, notre désir ne saurait être d'envelopper dans une proscription commune toute tentative d'examen par voie de supposition. Loin de là ; ce procédé, franchement admis, ne laisse pas que d'être fort acceptable, jusqu'à plus ample informé et sous bénéfice d'inventaire. Vérification faite, il ne cause après tout ni surprise, ni regrets. Mais il n'en saurait être ainsi lorsque, sous un titre d'emprunt et un déguisement hypocrite, la fiction, s'annonçant pour la réalité, en usurpe les droits et entend recevoir les hommages dus à la seule et légitime souveraine. Dans ce cas, après avoir démasqué la trahison, c'est avec le bois vert qu'il faut mettre hors la science dame Fantaisie.

La besogne est sans doute difficile. A part quelques protestations isolées perdues dans le désert, l'hypothèse qui régente la syphilographie jouit de l'assentiment universel. Comment, l'attaquer lorsque nous la voyons soutenue par des hommes dont nous admirons d'ailleurs le talent, par des

rent une trompette marine. Quand on ne greffe pas sur l'expérience, on ne cueille que des sottises ; » et lorsque Bacon, dans ses sublimes conceptions, propose pour l'amélioration du jardinage, *d'arroser des racines avec du vin*, M. Lasalle ajoute : « *Par exemple, arroser des carottes avec du vin de Tokay* (*). »

(*) *La philosophie de Bacon*, ouvrage posthume de M. le comte Xavier de Maistre.

maîtres dont nous reconnaissons la suprématie ? Mais nous devons appliquer scrupuleusement ici la sentence d'un savant véritable, — qu'il ne faut pas confondre avec son homonyme, le chancelier de Vérulam, — c'est la sentence de Roger Bacon (1) : « *Non oportet nos adhærere omnibus quæ audimus et legimus, sed examinare debemus districtissime sententias majorum, ut addamus quæ eis defuerunt, et corrigamus quæ errata sunt.* » Ainsi nous réclamons le droit de suivre pour notre propre compte les exemples des maîtres de la science qui n'ont point admis sans contrôle les opinions de leurs devanciers.

Nous disons que l'histoire de la syphilis est le témoignage le plus manifeste de l'erreur où sont tombés les spécificiens en plaçant la cause prochaine des maladies dans une substance morbifique et en cherchant dans cette dernière la raison de tous leurs phénomènes. Ici, il est vrai, l'occasion était tentante. Le principe morbide semblait prendre un corps. Il avait une apparence spécieuse de réalité. Avec un merveilleux semblant de démonstration il se prête aux visées de ceux qui matérialisent l'essence de la maladie dans un produit concret, spécial, distinct et indépendant de l'économie. Cet être malfaisant, cette hydre, que l'on croyait tenir, en quelque sorte, sous la main, c'est la *teinture vénérienne* d'Alexandre Bénédict, de Vérone, la *lues venerea* de Fernel, un *poison animal*, un *virus*, un *levain*, un *acre*, un

(1) Le savant cordelier Roger Bacon, par ses connaissances dans les langues, les sciences et la philosophie non moins que par ses découvertes (en particulier, celle de la poudre à canon) peut être appelé, suivant Freind, le prodige de son temps. Tout le monde sait qu'il vécut trois siècles avant François Bacon, mais on oublie trop que c'est au moine anglais que doit surtout remonter l'inauguration de la philosophie expérimentale dans la science.

DAVASSE.

délétère, un *agent subtil*, une *vapeur vénéneuse*, — quelque chose comme l'*insecte ailé* sortant du fourneau à réverbère du grand chancelier de Vérulam. A cette poursuite s'exerça l'imagination fertile des savants. Agent invisible aux yeux les plus exercés, on le disait tour à tour, âcre, putride, corrosif, acide, alcalin, animalisé, électrique, — toujours sans la moindre preuve à l'appui. Et l'on concluait, sans démonstration meilleure, que là est la cause tangible de la maladie, son contenant, le germe de sa substance allant se déposer dans les humeurs. Ajoutons tout de suite que cette sorte de pierre philosophale restait, en réalité, insaisissable et rebelle à toutes les investigations de la science.

Que de conjectures sur la nature, les qualités, le mode d'action de cet être de raison! L'esprit humain avait ouvert à la fantaisie un infini de perspectives, où il devait longtemps s'égarer. — Comparé à un ferment, à un poison, à un germe, le principe morbifique de la syphilis servait de point de mire à tous les systèmes. Il serait, au moins, fastidieux de les reproduire ici. Cependant, parmi ces conceptions imaginaires, il en est deux qui doivent nous occuper en ce moment, parce que leur prestige n'a point cessé d'éblouir le regard des contemporains : l'une, la plus ancienne, qui remonte à Fernel, attribue les effets du virus à un *levain ;* la seconde, émise par J. Hunter, assimile sa manière d'agir à celle d'un *poison.*

§ 2. — Le virus-levain et la maladie-catalyse.

La première hypothèse — qui explique la virulence syphilitique par une sorte de fermentation opérée par l'introduction du levain morbide, — a été parfaitement réfutée par

Hunter. Voici comment il s'exprime sur la théorie du ferment :

« Premièrement, on peut demander ce que devient le ferment dans tous les cas où la suppuration ne se forme que plusieurs semaines après que l'irritation et l'inflammation se sont développées. Dans les cas de cette espèce, on ne peut guère supposer que le pus vénérien qui a été déposé sur les tissus soit resté là pour agir comme un ferment. Secondement, quand l'écoulement et toute formation de pus viennent à cesser, ce qui a lieu quelquefois pendant un temps fort long, et que tous les symptômes se reproduisent ensuite, quel est l'agent qui détermine cette fermentation une seconde fois ? On ne peut rien concevoir qui produise cet effet, si ce n'est une seconde application du pus récemment formé. Troisièmement, si la virulence du pus vénérien était produite par une fermentation qui s'opérât dans ce pus déjà formé, il ne serait pas facile d'expliquer comment les symptômes vénériens pourraient jamais cesser ; car, d'après l'idée que je me fais d'un ferment, il n'y aurait pas de raison pour qu'une telle substance cessât d'agir tant que du pus nouveau viendrait s'ajouter à celui qui existe déjà, et l'on ne pourrait en arrêter les effets que par l'effet d'une substance capable de suspendre ou de prévenir la fermentation dans le pus nouvellement formé et qui serait appliquée directement sur la partie malade. Quatrièmement, si la production du virus était l'effet de la fermentation du pus sécrété, tous les cas d'affection vénérienne seraient semblables entre eux, aucun ne serait plus grave que les autres, et la différence sous ce dernier rapport ne consisterait que dans l'étendue plus ou moins considérable des surfaces en fermentation. Tous les cas seraient également faciles à guérir, car la fermentation aurait le même degré d'intensité dans les cas légers et dans les cas graves. Le pus ne peut entrer en fermentation qu'après qu'il est sorti des vaisseaux (1). »

B. Bell a réfuté non moins sagement la même théorie ;

« On demande, — dit-il, — de quelle manière agit le virus

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 179.

introduit dans la masse du sang ? On a cru, pendant un temps, que la fermentation était l'agent principal qui produisait la maladie. L'on a supposé que la matière de la contagion, entraînée dans le torrent de la circulation, acquérait, par le moyen de la fermentation, la faculté de convertir toute la masse des fluides du corps en sa nature.... Entre les diverses objections que l'on pouvait faire contre cette opinion, il était surtout difficile de concevoir comment la fermentation pouvait subsister dans les fluides en circulation ; on peut aisément admettre la fermentation dans les cas d'extravasation ; mais elle semble incompatible avec le mouvement des liquides, sans lequel la vie ne peut subsister (1). »

Cette hypothèse, ainsi battue en brèche, est reprise aujourd'hui, par MM. Littré et Robin. Voici comment ces auteurs arrangent la théorie des virus dont ils ont assez malheureusement dénaturé la définition :

« On donne le nom de *virus* aux *substances organiques* d'une humeur quelconque ayant subi par catalyse isomérique une modification telle que, sans que les caractères physico-chimiques soient notablement changés, elles ont pris la propriété de transmettre la modification acquise aux substances organiques avec lesquelles elles sont mises en contact (2). »

Cette théorie de la *catalyse* est moins nouvelle qu'elle ne le paraît au premier abord ; en effet, la fermentation est considérée elle-même par les chimistes comme un phénomène catalytique. La catalyse virulente n'est donc qu'un retour à la théorie du ferment. En réalité, M. Robin, qui a exposé ultérieurement devant l'Académie de médecine (3) sa théorie chimique appliquée aux virus, a tout simplement remplacé par le terme de *catalyse* celui de *fermentation*.

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 212.
(2) Littré et Robin, *Dictionn. de médecine de Nysten*, 11e édit., p. 1516.
(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1862.

Simple substitution de mots. De plus, c'est une vicieuse application de la chimie. Cette explication, en effet, a l'inconvénient de dénaturer les lois chimiques: par exemple, de méconnaître la double condition de la *continuité d'action* pour le ferment et de l'*identité de nature* pour les produits. A part un nouveau mot un peu prétentieux et une explicacation erronée en plus, la difficulté reste entière. Aussi, devant le replâtrage de MM. Littré et Robin, les arguments de Hunter et de Bell sont toujours debout. Sous ce rapport, il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

§ 3. — Le virus-poison, la maladie-empoisonnement, d'après Hunter.

Par une de ces naïves inconséquences familières aux plus brillants génies, après avoir si bien renversé la théorie du ferment syphilitique, Hunter s'est empressé d'éditer un autre système qui chancelle et tombe sous les mêmes coups.

« La maladie vénérienne, — dit-il, — a pour cause immédiate un *poison* ou virus, et comme ce *poison* est le produit d'une maladie et jouit de la propriété de produire une maladie semblable, je l'appelle un *poison morbide* pour le distinguer des autres poisons animaux, végétaux ou minéraux (1). »

Est-ce là une simple métaphore? Nullement. Monté sur ce destrier, l'illustre chirurgien de la Grande-Brétagne fournit sa carrière, armé de pied en cap de sa théorie physiologique et organicienne. En vain, la science a reconnu l'erreur et les dangers de plusieurs de ses applications, le principe est resté l'axiome de la syphilographie

(1) *Loc. cit.*, p. 163.

contemporaine. Examinons donc cette doctrine sous ses principaux aspects.

Pour Hunter, les termes de poison ou de virus sont synonymes. Le virus syphilitique, c'est le poison vénérien.

« Les effets du virus syphilitique découlent de l'irritation particulière ou spécifique à laquelle il donne naissance, et de la susceptibilité du principe vital à être irrité par lui ; les parties qui sont soumises à ce mode d'irritation agissent en conséquence de ces deux causes, qui combinent leurs effets. Je la considère comme un *poison*, ajoute-t-il, qui, en exerçant sur les tissus vivants une irritation qui lui est propre, détermine une inflammation particulière à cette irritation, d'où il résulte une matière purulente qui n'est produite que par cette espèce d'inflammation (1). »

Cette matière purulente, dans laquelle réside le « poison, » — appliquée à la peau, détermine l'ulcération chancreuse, — déposée sur la muqueuse uréthrale, provoque la gonorrhée. Toutes les différences dans l'intensité et la diversité de ces denx « *formes locales* » dépendent de l'état général de l'économie.

« Le pus est le même dans tous les cas, continue Hunter, une quantité donnée de ce pus ne peut avoir plus de virulence qu'une autre ; et si ce liquide présente quelque différence, ce n'est qu'en ce sens qu'il peut être à l'état de solution plus ou moins étendue ; mais cette circonstance ne peut amener aucune différence dans ses effets. L'expérience nous apprend que le pus vénérien ne présente point des espèces diverses, et qu'aucune différence ne peut être produite dans la manifestation de la maladie par une différence de force dans la matière virulente ; mais le même pus affecte très-différemment des personnes différentes. Les symptômes différents que l'on observe chez les divers sujets dépendent de la constitution et de l'état général de

(1) *Loc. cit.*, p. 180.

l'économie au moment de l'infection. Ce qui a lieu dans l'inoculation de la variole corrobore cette opinion : Que le malade sur lequel on recueillle le pus variolique présente des symptômes graves ou bénins ; qu'il ait un grand nombre de pustules ou qu'il en ait très-peu ; que la variole soit confluente ou discrète ; que le pus soit introduit en petite ou en grande quantité, l'effet produit est toujours le même. »

Suivons ce poison. Inoculé sous l'épiderme, l'ulcère chancreux est produit. D'abord, accident purement local. Puis, voilà le virus qui se résorbe, et l'auteur nous montre ses migrations successives.

« La connaissance du système absorbant, au point où elle est portée maintenant, jette une vive clarté sur plusieurs effets des poisons, et permet de comprendre plusieurs symptômes de la maladie vénérienne et notamment la formation des bubons ; avant cette connaissance, les auteurs étaient bien embarrassés pour donner une explication vraie et conséquente de plusieurs des symptômes de la maladie qui nous occupe.... *Le bubon est le résultat de l'absorption du pus vénérien récent* sur une surface avec laquelle il a été mis en contact, et sur laquelle il s'est formé (1). »

De là le poison se répand dans les liquides organisés :

« Le poison vénérien paraît être seulement répandu dans tous les liquides en circulation, et forcer, si l'on peut ainsi dire, certaines parties du corps à contracter l'action vénérienne, action qui est parfaitement locale et qui se manifeste dans diverses parties, en suivant une succession régulière en rapport avec le degré plus ou moins grand de susceptibilité des parties pour cette action morbide. Il n'y a donc qu'un petit nombre de parties qui agissent en même temps, et un sujet peut être affecté constitutionnellement de cette manière, bien que toutes ses fonctions s'accomplissent d'une manière parfaite. »

(1) *Loc. cit.*, p. 464

Une fois que le poison a *infecté* l'économie, la diversité des époques d'apparition de ses effets morbides constitutionnels s'explique de la manière suivante :

« On ne peut pas supposer que la différence des époques d'apparition de la syphilis constitutionnelle dans les diverses parties dépende d'une force active du *poison* ni d'une direction particulière qu'il aurait suivie ; elle ne peut provenir que de certaines propriétés des parties elles-mêmes. On doit accorder, en effet, que, lorsque le *poison* vénérien a pénétré dans la circulation, il agit sur toutes les parties du corps avec la même force, c'est-à-dire qu'il n'est déterminé par aucune force générale ou particulière de la machine animale à se rendre vers telle partie plutôt que vers telle autre ; on ne voit rien non plus, dans la nature du poison, qui doive le porter plus facilement dans une partie du corps que dans une autre, quand elles sont toutes dans des conditions semblables. Il faut donc reconnaître que certaines parties sont affectées plus facilement que les autres par le virus syphilitique, en vertu de circonstances qui ne dépendent ni des lois de l'économie vivante, ni des propriétés du virus, et qu'il en est qui ont une plus grande tendance à être évitées par lui.

« Les parties qui sont affectées par la syphilis constitutionnelle quand elle est à sa première période, et que j'ai appelées les *parties du premier ordre*, sont : la peau, les amygdales, le nez, la gorge, la surface interne de la bouche, et quelquefois la langue. Quand la maladie est à sa seconde période, le périoste, les aponévroses et les os contractent l'action syphilitique : ce sont les parties du *deuxième ordre*.... »

Il y a dans plusieurs de ces passages, comme dans la plupart des pages de Hunter, un très-vif sentiment de la vérité qui perce au milieu des nuages de l'hypothèse, et d'excellents arguments perdus au service d'une mauvaise cause. En résumé, « voilà, dirons-nous avec notre ami Jules Hélot, la théorie huntérienne physiologico-anatomique de la syphilis constitutionnelle : un virus absorbé, répandu dans toute

l'économie, n'agissant, vite ou tard, qu'en conséquence des conditions de structure qui rendent les organes plus disposés à l'action syphilitique, qu'en conséquence des sympathies qui unissent ces organes : d'où les localisations de la maladie liées à des circonstances tout anatomiques (1). » Théorie organicienne décidée, en effet ! et c'est là ce qui en a fait le succès en notre temps. Mais la légitimité de ce succès nous est à bon droit suspecte. Malgré tout le talent de Hunter, que d'efforts infructueux pour cimenter les parties disjointes de son système ! Tantôt c'est l'absorption physiologique du *poison* morbide qui forme la clef de voûte unique étayant la théorie ; tantôt c'est la texture anatomique, le jeu des sympathies, l'aptitude des organes qui en sont le soutien, selon le besoin. Mais, si l'on regarde à quelques-unes des applications pratiques de cette hypothèse, que d'erreurs funestes n'a-t-elle pas enfantées ! Le *poison*, sous l'influence des solides et des liquides organisés, après l'*infection* de l'économie, perdant le pouvoir de se reproduire, soit par contagion, soit par hérédité ! En conséquence, la contagion des accidents constitutionnels et de la syphilis héréditaire, niée ! La transmission de la maladie par les nouveau-nés, par le lait des nourrices, par le vaccin, par le sang, par le sperme, par l'ovule, niée ! Niées, systématiquement niées, ces vérités pratiques — pour la plupart du premier ordre, incontestées jusque-là, — dont la réhabilitation devait coûter, plus de soixante ans de travaux, de luttes, et occasionner, on peut le dire, toutes sortes de méprises, de suspicions, de malentendus dans la pratique, sans compter les scandales d'une impitoyable expérimentation ! La science n'a-t-elle pas payé trop cher ses complaisances

(1) *Loc. cit.*, p. 91.

pour une fiction aussi puérile? Les préventions de l'hypothèse pouvaient-elles conclure dans la pratique à de plus incurables aveuglements?

Ne craignons donc pas d'attaquer en face la cause capitale de ces erreurs.

On peut d'abord opposer Hunter à Hunter, — ainsi que l'a fait notre ami Gabalda, — et objecter contre l'hypothèse du *poison* ce que le célèbre chirurgien anglais objectait lui-même à la théorie du *levain*. La réfutation n'est pas moins sérieuse que piquante. Il est facile de répondre, en effet, à la théorie huntérienne : « Premièrement, que devient le *poison* dans les cas où la suppuration et les autres symptômes n'éclatent que plusieurs semaines après l'application de l'agent toxique? Un poison agit ordinairement tout de suite, et ses effets se manifestent sans être précédés d'incubation. Deuxièmement, que devient ce même *poison*, pendant les périodes, fort longues quelquefois, qui séparent les différentes phases de la maladie, et quel est l'agent qui détermine chacune de ses explosions successives? Troisièmement, si la virulence pouvait être assimilée à un empoisonnement, comment concevoir que les effets des virus fussent bornés à certaines parties seulement, et que l'agent toxique transmis par la circulation n'allât pas affecter tous les organes et tous les tissus? Quatrièmement, si le virus était un poison, tous les cas de syphilis seraient semblables entre eux; aucun ne serait plus grave que les autres, et ils seraient tous également faciles ou difficiles à guérir. Le *poison* étant toujours le même, ses effets présenteraient toujours le même degré d'intensité. »

Cette doctrine de l'empoisonnement morbide ou de l'infection de l'économie repose sur un véritable roman d'explications physiologiques, pour adapter tout le mécanisme des

évolutions syphilitiques à l'absorption et aux migrations successives du virus.

Blennorrhagie ou chancre, le premier effet du *poison*, suivant Hunter, reste local. Il se borne à une irritation spécifique. Ce n'est que plus tard seulement que l'absorption funeste a lieu, quand l'irritation spécifique verse au dehors la matière purulente. C'est alors que cette matière purulente, — qui est cependant versée au dehors, — pompée par les lymphatiques, résorbée dans les canaux vasculaires, empoisonne l'économie, et que les effets de l'empoisonnement se manifestent après des semaines, des mois, des années, paraissant, disparaissant, se succédant à des époques variables, sous des aspects multiples, en des siéges divers... Mais, qu'attend le virus pour être absorbé ? Et, comment est-il absorbé plus tard lorsqu'il ne l'est point d'abord ?

« Que se passe-t-il donc, — demande M. J. Hélot, — lorsqu'une substance quelconque, susceptible d'être absorbée, est placée dans des conditions nécessaires pour que ce phénomène ait lieu ? Que cette substance soit placée sur la peau dépouillée de son épiderme, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur une plaie ancienne, etc., peu importe, si l'absorption se fait : il y a transport de cette substance jusque dans le torrent circulatoire, qui ensuite la porte et la distribue à tout l'organisme ; et, s'il en doit résulter une perturbation, elle ne se fait pas longtemps attendre : la rapidité avec laquelle s'accomplit l'absorption est connue. Pourquoi donc les accidents de l'absorption du pus sont-ils si lents à se produire?... Pourquoi, ensuite, cette absorption ne se fait-elle pas d'une manière incessante et ne produit-elle pas d'une manière continue son action délétère, puisque les bouches absorbantes restent là pour absorber, que



leur action n'est point intermittente, et que le virus à prendre attend toujours qu'il leur plaise d'exercer cette fatale succion (1)? »

Si le pus vénérien est un poison, soit qu'il agisse ou non d'abord par simple irritation spécifique, son action toxique, se reproduisant sans cesse, devrait aboutir à une suppuration sans limites, à un chancre sans fin. Il faudrait considérer, en outre, soit la multiplicité des ulcérations chancreuses, admises hypothétiquement comme autant de foyers d'infection, soit l'étendue d'un vaste bubon abcédé et virulent, comme des sources d'autant plus actives et plus fécondes d'empoisonnement.

Or, tout le monde sait que c'est justement le résultat opposé qui a lieu, et que, dans ces circonstances, les accidents confirmés se manifestent assez rarement, tandis qu'ils aboutissent de préférence après un chancre unique accompagné de noyaux ganglionnaires nullement abcédés, c'est-à-dire lorsque la surface suppurée est réduite à la plus simple expression. Il est reconnu généralement aujourd'hui que les ulcérations les plus virulentes, je veux dire, dont la suppuration est la plus abondante et la plus active, ne sont pas suivies des phénomènes attribués à l'infection. En sorte qu'il n'y a pas le moindre rapport à établir entre l'importance des accidents syphilitiques ultérieurs et le nombre ou l'intensité des ulcérations virulentes qui leur servent d'ascendant, c'est-à-dire entre la cause supposée et l'effet prétendu, entre la dose de la substance toxique et la gravité de l'empoisonnement. Ce qui ne prouve guère, on en conviendra, en faveur du poison.

Mais le bubon est-il le témoignage irrécusable de l'ab-

(1) *Loc. cit.*, p. 83.

sorption consécutive de la matière virulente et de son transport dans les lymphatiques? Nullement.

La moindre plaie, une érosion, une piqûre de la peau, l'inflammation la plus superficielle, on le sait, peuvent occasionner l'engorgement plus ou moins notable des ganglions correspondants. C'est ainsi que l'ulcération chancreuse provoque souvent l'intumescence ganglionnaire. Ce n'est pas tout. La virulence du chancre n'est point limitée à son rayon. Elle s'étend dans un cercle plus étendu; sa *sphère d'activité* embrasse la région adjacente. Les lois de la pathogénie syphilitique nous enseignent que toute plaie pratiquée dans le voisinage d'un chancre primitif devient chancreuse à son tour. De même, compris dans cette zone d'incubation virulente, le ganglion enflammé peut aussi produire un pus inoculable. Ceci n'est point une supposition, mais un fait clinique. Dira-t-on que cette sphère d'activité virulente est le résultat du transport mécanique du pus primitif? Les expérimentations se chargent de répondre à cette défaite. Une piqûre dans ces régions ne donne point de produits inoculables. Il est nécessaire que le pus se forme d'abord pour que ce foyer devienne virulent. En outre, si la sphère virulente était le résultat du transport mécanique du pus, elle s'étendrait progressivement avec l'absorption permanente, au lieu de rester circonscrite et localisée; et la moindre érosion, pratiquée sur une région quelconque de l'économie, prendrait de proche en proche les caractères chancreux exhalant un pus inoculable. Ce qui n'est point.

En second lieu, si fréquente qu'elle soit, la présence du bubon n'est nullement un fait nécessaire au développement des accidents constitutionnels.

Prenons le bubon suppuré. C'est une vérité depuis longtemps reconnue, que plus notablement le bubon est en-



flammé et virulent, moins grande est la chance de voir apparaître les accidents constitutionnels. On dit alors que c'est un bubon d'absorption. C'est là une raison prise dans l'imagination. A cela, les notions les plus précises de l'anatomie pathologique répondent que le premier résultat de l'inflammation capillaire est de produire l'oblitération des vaisseaux et d'enrayer l'activité de leur circulation. Et ce travail *pathologique*, constant autour de l'ulcère primitif simple et aigu (le seul généralement qui s'escorte du bubon suppuré), met justement en déroute les lois *physiologiques* et ne laisse guère de perméabilité aux bouches ordinaires de l'absorption.

Prenons le bubon dur, indolent, non suppuré. Ici l'inflammation est moins prononcée, ou elle fait même défaut; la suppuration est remplacée par l'induration plastique : ce qui n'est pas d'ailleurs une condition plus favorable à la résorption de l'exhalation chancreuse. En outre, quoique cette induration se manifeste dans la sphère ganglionnaire correspondante, il ne faut pas croire qu'elle soit l'aboutissant direct du point de départ virulent. Dans ce bubon, ce n'est pas un ganglion qui s'engorge, c'est toute la *pléiade* qui s'insurge et souvent même dans les deux aines, alors qu'il existe seulement un chancre unique et solitaire, par exemple, sur la fourchette ou sur le frein. « Croyez-vous, — dit M. Alfred Fournier, — que les lymphatiques émergeant de la petite surface cutanée qui est le siége de l'ulcération vont aboutir à la fois à tous ces ganglions ? L'anatomie juge cette opinion (1). » Sans aucun doute, l'anatomie fait bonne justice elle-même des erreurs qu'une fausse hypothèse physiologique commet en son nom.

(1) *Loc. cit.*, p. 45.

Ainsi, dure ou suppurée, l'adénopathie n'est point le résultat du transport ou de la migration du virus.

Ces arguments catégoriques empruntés aux résultats flagrants de l'observation, aux saines données de l'anatomie et de la physiologie, aux lois pathologiques, répondent suffisamment à des affirmations sans preuves, pures visées dont l'imagination fait seule les frais. Ainsi, nous voyons la doctrine huntérienne rester impuissante même pour l'explication d'un phénomène où elle se flattait de triompher. En disant que « le bubon est le résultat de l'absorption du pus vénérien récent, » cette doctrine a édité une de ces maximes devenues aujourd'hui banales, mais dont la banalité même est le seul fondement de leur crédit. Admise de confiance sur l'autorité de Hunter, on n'a pas songé à la soumettre au contrôle commun. Cette chimère se dissiperait vite, si l'on voulait bien, une bonne fois, la regarder de près. Substance organisée et toxique, bouche béante des lymphatiques qui l'aspire, migration dans les canaux où elle est reçue, arrêt et digestion mystérieuse dans le ganglion le plus voisin, puis dissémination du virus digéré qui se perd et disparaît dans les liquides organisés après avoir propagé l'infection dans l'économie, ne sont-ce pas là autant de rêves confus, incompatibles avec les notions sérieuses de la science, et ouvrant la porte à toutes les objections? Pourquoi, dans cette migration fantastique du chancre au ganglion, tout le trajet parcouru ne subit-il pas l'inévitable inoculation? Si l'absorption fait cheminer le virus jusqu'au premier ganglion, pourquoi, dans son activité incessante, ne le reprendrait-elle pas à son tour, dans ce nouveau foyer converti en ulcération virulente, pour le transporter au second ganglion placé en travers de son chemin? Comment la substance virulente pourrait-elle s'arrêter à sa première étape, inces-



samment poussée par le courant toxique qui la suit? Enfin, si elle se transforme au contact des liquides organisés, d'où vient que ces derniers conservent seuls le pouvoir inoculable, tandis que les liquides excrémentitiels en sont, au contraire, dépourvus?

Nous l'avons déjà dit, Hunter lui-même sentait l'insuffisance de la théorie physiologique de l'absorption du virus à la surface du chancre et de son transport ultérieur. Après avoir affirmé que le pus virulent absorbé est l'agent de la maladie, et que les phénomènes morbides sont le résultat de la contamination successive opérée par le virus voyageur, il est obligé, pour expliquer la diversité des époques d'évolution, de laisser là le *poison* et de recourir à la différence de texture des tissus affectés : nouvelle explication qui d'ailleurs n'explique rien.

§ 4. — Le virus-poison et la maladie-empoisonnement d'après M. Ricord.

L'hypothèse de l'infection par le pus du chancre a été reprise et développée de nos jours par M. Ricord; elle est également devenue la charte respectée de plusieurs de ses successeurs.

L'autorité de l'illustre syphilographe nous impose le devoir d'examiner les arguments nouveaux qu'il a fait valoir dans cette revendication de l'héritage de Hunter.

Cuvier disait : « Il ne faut jamais travailler dans le but de soutenir une théorie, parce qu'alors l'esprit se prévient et n'aperçoit plus que les choses par lesquelles sont confirmées les opinions qu'il s'est faites d'avance. Notre seul but doit être la découverte de la vérité. » En inscrivant, en 1838, cette pensée fort juste au frontispice de l'un de ses pre-

miers ouvrages (1), M. Ricord devait-il si tôt, dès ses premiers pas dans la carrière de l'observation, en perdre le souvenir ? Mais, comme nous ne saurions trop le répéter, il n'y a pas d'esprits plus enclins à subir le joug des hypothèses que ceux qui s'insurgent toujours contre les théories. Telle est l'ordinaire destinée. Ainsi, en 1839, M. Ricord écrivait :

« La syphilologie, comme toutes les autres branches de la pathologie, a, de tous temps, subi sa part d'influence des doctrines en vogue. A toutes les époques, quand un grand système a régné, les syphilographes se sont empressés de mettre à la mode du jour les traités précédents.

« Tantôt, dans ce que Hunter a désigné sous le nom assez généralement adopté de syphilis constitutionnelle, dans ce qu'on a aussi appelé accidents secondaires, consécutifs, généraux, etc., on a donné au virus les vaisseaux blancs pour moyen de transport et la graisse pour réservoir; tantôt, au contraire, on l'a placé dans l'ensemble des humeurs, comme le fait Hunter ; on lui a assigné le sang pour véhicule unique, soit qu'il y soit resté en suspension sans mélange intime, soit qu'il ait imprimé à ce liquide une profonde modification. D'un autre côté, tandis que le solidisme n'a cherché que des altérations organiques matérielles et sans l'intermédiaire des humeurs viciées, quelques métaphysiciens de cette école et des vitalistes purs n'ont voulu voir que des effets sympathiques ordinaires ou le résultat d'un fluide électro-syphilitique expansif (2). »

Si M. Ricord a voulu dire que tous les systèmes, — solidisme, humorisme, dynamisme, — sont venus se briser fatalement contre l'écueil de l'explication physiologique de la maladie, il a eu raison, et nous le croyons sans peine. Mais alors pourquoi va-t-il aussitôt affronter de gaieté de cœur

(1) Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1838.
(2) *Loc. cit.*, p. 516.

les mêmes écueils, comme le prouvent les passages qui suivent immédiatement?

« Mais, sans nous perdre dans le champ des hypothèses, desquelles notre siècle, plus positif, tend de plus en plus à s'éloigner, à côté des propositions principales de Hunter, je placerai les propositions suivantes :

« La syphilis constitutionnelle est le résultat de l'absorption matérielle du virus syphilitique.

« L'expérimentation, l'analogie et l'observation rigoureuse ont prouvé que c'était par l'absorption veineuse et le mélange direct au sang que l'*empoisonnement général* avait lieu, soit que celle-ci eût été ou non précédée de l'absorption par les lymphatiques.

. . . .

« Si les dogmes de la médecine humorale étaient à jamais perdus, l'histoire de la syphilis suffirait pour les réhabiliter. En effet, dans cette maladie, *le sang se charge du principe toxique, et cherche par toutes les voies à s'en débarrasser; mais les cribles naturels qu'il traverse et les émonctoires qu'il se crée, soumis alors à une nutrition vicieuse,* S'INFECTENT *et s'altèrent d'une manière successive et régulière, et, en quelque sorte, par ordre de vitalité....* »

Nous prendrons la liberté de nous exprimer avec d'autant plus de franchise à l'égard de M. Ricord, que nul n'honore davantage son caractère et son talent à si juste titre sympathiques, et que, si nous n'avons pas l'insigne honneur de compter parmi ses élèves, aucun d'entre eux n'est resté plus fidèle admirateur de son talent, même au milieu de ses revers. Pour nous, sa doctrine survit encore à ses désastres. Notre seul vœu serait d'écarter la pierre d'achoppement qui les suscita.

M. Ricord doit voir aujourd'hui où conduisent les dogmes de la médecine humorale, — ces contes bleus qui amusent et abusent depuis des siècles tant de grands enfants! — Hu-

meurs et solides, vieilles et vaines prétentions! Les humeurs n'ont pas plus que les solides le privilége d'expliquer l'essence d'une maladie; et les solidistes n'ont pas moins le droit d'en appeler aux nerfs que les humoristes de faire intervenir le sang. Hypothèse d'un côté, hypothèse de l'autre. Le débat a duré assez longtemps; il est resté, il restera toujours sans issue: c'est sa condamnation irrémissible. Nous avons mieux à faire que de prendre fait et cause pour l'une ou l'autre prétention.

Mais où donc, en vérité, M. Ricord, a-t-il puisé ces belles explications dont Molière, ce nous semble, aurait bien un peu le droit d'être jaloux? Est-ce dans « le grand livre de la nature, » comme diraient majestueusement nos observateurs? Ou plutôt n'est-ce pas dans les espaces éthérés des hypothèses desquelles tout à l'heure notre siècle positif tendait de plus en plus à s'éloigner?

Non, certes! ni l'expérimentation, ni l'analogie, ni l'observation rigoureuse ne démontrent aucune des assertions que l'on veut nous faire accroire avec une si confiante illusion.

Le sang, dit-on, *se charge du principe toxique.* Mais ce principe toxique, comme substance propre et distincte, avant tout, qui l'a vu? quel merveilleux microscope en a découvert l'atome insaisissable? Beaucoup le nient. Quels sont ses caractères? Personne n'est en mesure de les formuler. Je sais bien que M. Ricord s'est vanté de coercer sur sa lancette « cet être prétendu imaginaire »; mais nous ne sachions pas pour cela qu'il ait véritablement dépisté le monstre occulte et mystérieux. Le pus du chancre virulent ne diffère point du pus d'une plaie simple, à part son pouvoir inoculable; et, en séquestrant ce pouvoir inoculable dans l'exhalation purulente du chancre primitif, par conséquent,

en concluant qu'il n'y a point d'infection possible sans ce véhicule, M. Ricord, à la suite de Hunter, a commis une grave et trop longtemps préjudiciable erreur, que l'observation a suffisamment démentie. — Quant au *sang* qui *se charge du principe toxique*, c'est encore une supposition toute gratuite, car aucune altération ne le met en évidence ; et si l'on peut objecter aujourd'hui quelques cas, assez restreints, de l'inoculabilité du sang des syphilitiques, on est encore à courir après l'agent spécial de ce pouvoir et le mode spécial de son action. — Enfin où prend-on que le sang *cherche par toutes les voies à se débarrasser* du principe toxique ? Il ne serait pas facile de prouver cette honnête intention; au moins les liquides filtrés et rejetés au dehors par leurs cribles naturels ne portent guère la trace de ces efforts, car ce sont eux précisément qui ne s'inoculent plus.

La partie originale de l'argumentation de M. Ricord est dans la pensée suivante :

« Si le pus virulent reste inoculable dans les vaisseaux lymphatiques et dans les ganglions, pour perdre ensuite ce caractère, il doit passer par d'autres voies, et ces voies, dans lesquelles il se modifie, sont celles de la circulation sanguine. De là *deux modes d'absorption* que Hunter a eu grand tort de ne pas admettre, *qui expliquent tout admirablement*, savoir, l'absorption lymphatique qui donne lieu aux bubons virulents inoculables, et l'absorption veineuse qui va produire l'empoisonnement général ou la syphilis constitutionnelle, qui ne s'inocule plus, et n'a pas besoin, pour survenir, du développement préalable d'un bubon. »

Ce n'est pas plus difficile que cela. Explication ingénieuse et admirable, soit ! — comme ressource d'imagination, bien entendu, — car devant les faits, elle ne saurait se soutenir. L'observation a démontré, depuis l'époque où M. Ricord a écrit les lignes précédentes, que la syphilis

constitutionnelle n'abdique point ainsi la propriété contagieuse et inoculable. Par conséquent, l'absorption veineuse, invoquée au point de vue de la disparition de ce pouvoir, perd ici sa spécialité. C'est là d'ailleurs une conjecture que rien ne prouve, et, au contraire, que tout condamne. L'expérience universelle enseigne que la seule propriété directe et positive du pus virulent est de produire, en quelque lieu de l'économie qu'on le dépose, une suppuration également virulente. Mis en contact avec les parois des vaisseaux veineux, on ne voit pas pourquoi cet ordinaire résultat n'aurait point lieu. En fait, personne ne l'ignore, le travail virulent, dans le cas de phagédénisme surtout, respecte peu les conduits vasculaires qu'il trouve sur son chemin.

Pour ne pas laisser subsister la moindre équivoque dans notre pensée, déclarons bien haut que nous n'entendons nullement amoindrir l'activité de l'absorption lymphatique et veineuse et l'importance considérable de cette double fonction. Il n'entre pas davantage dans notre esprit de repousser les lumières de la physiologie dans l'éclaircissement des faits pathologiques. Loin de là; dans l'étude particulière d'une *lésion* ou d'un *symptôme*, — qui ne sont autre chose que l'altération d'un organe ou le trouble d'une fonction, — la physiologie est le naturel et radieux flambeau qui en éclaire le mécanisme. Mais, autant cette intervention est juste et nécessaire dans ce cas, autant elle est illusoire, fausse et périlleuse lorsqu'elle est appelée à décider de la cause prochaine, c'est-à-dire de l'essence ou de la nature de la *maladie*. Cette juridiction suprême n'est plus de son ressort. A cette fin, toutes les explications physiologiques sont égale-

(1) *Notes à* Hunter, *Traité de la maladie vérérienne*, p. 488.

ment impuissantes. Aussi, devant l'énigme du sphinx, ces efforts ne manquent-ils pas d'échouer tour à tour.

Convient-il de rappeler à M. Ricord le chaos qui régnait, — il l'a vu de plus près que nous, — au temps où la fameuse doctrine physiologique de l'irritation avait conquis, en France, jusqu'au territoire des maladies vénériennes? Leur notion distincte était véritablement perdue. On ne croyait plus à l'évolution régulière des symptômes, à la contagion, à l'hérédité, à peine à l'existence même de la maladie. C'était le cri superbe des stoïciens : — O mal, tu as beau faire, nous n'avouerons point que tu es le mal! — Ces opinions *ontologiques* avaient fait place aux idées plus avancées de l'irritation ...et de la folie. En un mot, sous l'empire absolu de la physiologie, suivant les propres paroles de M. Ricord, «la confusion la plus extrême régnait dans les esprits : le doute était partout, la certitude nulle part.» Le dogme de l'irritation a été sans doute la plus haute expression, le plus triste abus du physiologisme. Mais Broussais fut-il le seul coupable de cette substitution de la méthode physiologique à la méthode médicale? Non. La théorie de Hunter n'avait point eu, — on vient de s'en apercevoir, — de grands scrupules à cet égard.

Toutefois nous conviendrons volontiers que l'hypothèse de l'infection est supérieure, sous quelques rapports, à celle de l'irritation; et on ne doit pas s'étonner si, comparée à cette dernière, elle fut préférablement acceptée. Sa séduisante simplicité la mettait facilement à la portée de tous les esprits. Et l'organicisme, qui asservissait la philosophie médicale du temps, n'y perdait rien.

La théorie générale des résorptions morbifiques et des *grands empoisonnements* a usurpé, pendant la première moitié de ce siècle, un singulier crédit. Comme elle s'accommo-

dait aisément à l'explication banale de la plupart des maladies! Quel bon marché surtout elle faisait des diathèses et des états morbides de cause interne! Pus, tubercule, cancer, autant de sources fatales de résorption et d'empoisonnement! Fièvre intermittente, fièvre typhoïde, fièvre jaune, scarlatine, rougeole, variole, scorbut, vaccine, chlorose, etc., etc., autant, — pour me servir du vocabulaire usité, — autant de *toxémies*. *Grands* empoisonnements, *profondes* intoxications, voilà l'écho universel, la manie du jour, le *dada* des plus fiers esprits!

Nous ne reviendrons pas sur les débats animés dont cette vaste question a été l'objet. Scientifiquement le procès est jugé. La *résorption*, cette vieille réminiscence iatro-mécanique de l'école de Leyde, admise pour expliquer la formation multiple des lésions purulentes, cancéreuses, tuberculeuses, etc., n'est plus qu'une théorie décrépite. Chassés de ce terrain, les partisans des causes prochaines morbifiques se sont vainement réfugiés sur celui d'une prétendue *intoxication* dont les humeurs de l'économie seraient atteintes par l'absorption du vice occulte de leurs lésions : étrange théorie qui se réduit à déclarer que les effets des maladies en sont les causes. C'est là l'effort ultime et impuissant d'une hypothèse perdue.

Et encore, pour le pus, pour le tubercule, pour le cancer, voit-on, au moins, un même produit morbide se répéter en des régions diverses, effet unique d'une même cause. Mais, dans la syphilis constitutionnelle, quelle variété de résultats, quelle hétéromorphie de lésions le même *poison* mystérieux recèle donc dans ses flancs!

Sous quelque patronage que se présente un tel système, quelque grand que soit le nombre de ceux qui le suivent, nous ne saurions le reconnaître comme l'expression d'une

vérité. Et, si nous avons quelque surprise, c'est de le voir servilement adopté par un homme d'un esprit aussi original et aussi indépendant que M. Ricord. Il a bien expié d'ailleurs cette servitude. Est-ce que l'erreur qu'il réchauffe ne s'est pas déjà redressée plus d'une fois contre lui? Il y a environ vingt ans, on lisait dans l'une des premières éditions d'un livre populaire de pathologie interne, dont l'auteur, jeune encore, était alors l'espoir de l'école, comme il en est devenu aujourd'hui l'ornement, quelque chose comme ceci : M. Ricord a prétendu que le nombre des chancres primitifs ne saurait constituer, en aucun cas, une présomption en faveur de la manifestation des accidents constitutionnels; mais *il est bien évident* que c'est là une opinion erronée, car plus les sources du *poison* se multiplient, plus les chances d'*infection* doivent augmenter. — Certainement cela est de toute évidence, et ce raisonnement ne manque point de justesse. Au point de vue de l'hypothèse, la critique est parfaitement logique; mais, devant les faits, elle suppose, nous sommes obligé de le reconnaître, l'ignorance absolue de la question.

Toutefois, l'opinion de M. Ricord ne s'est point modifiée, que nous sachions, dans les derniers temps de son enseignement scientifique. C'est ce dont témoigne le passage suivant de l'un de ses plus récents ouvrages : « Il s'agit maintenant de déterminer la source où se trouve la cause spécifique, le *poison morbide* qui produit la syphilis. Ce *poison*, c'est le virus syphilitique (1). » Depuis cette époque, de nombreuses révolutions ont bouleversé la syphilographie, et les doctrines de M. Ricord ont subi de rudes atteintes. Peut-être, aujourd'hui, le maître aurait-il plus de réserve. Il est un

(1) *Lettres sur la Syphilis*, p. 140.

temps où les hypothèses tombent comme les feuilles mortes et nous quittent comme les illusions.

§ 5. — Modifications à l'hypothèse précédente.

Les errements du système physiologique de l'intoxication forment le code obligé de l'école contemporaine. Il nous sera permis de retenir seulement ici ses plus récents témoignages pour compléter notre examen.

Un micrographe allemand, — M. Virchow, — a développé, à sa manière, l'hypothèse en question.

« Le virus syphilitique serait retenu dans les ganglions lymphatiques, et là, sous l'influence d'une irritation, la substance virulente se multiplierait de manière à déterminer une nouvelle explosion des symptômes. Chaque localisation de la maladie, d'abord critique et dépuratoire par les fluides, pourrait redevenir infectante. Ainsi s'expliqueraient les intermittences et les recrudescences que l'on observe dans le cours d'une syphilis. Lorsqu'il n'est pas possible de découvrir le moindre foyer virulent et que malgré cela des accidents se manifestent, c'est que ces foyers profondément placés échappent à l'observateur (1). »

Ne dirait-on pas un mystérieux kobolt faisant ses apparitions au fond de quelque sombre forêt de la Germanie? Dans cette hypothèse perfectionnée, chaque manifestation syphilitique serait donc le résultat d'une infection antérieure et la cause d'une réinfection nouvelle. Véritable et singulière progression géométrique où le développement proligère, en bonne logique, ne saurait avoir de fin.

Un très-excellent observateur, dont la compétence en syphilographie mérite un crédit réel, Melchior Robert, n'a

(1) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, 1860.

point échappé toutefois aux errements du jour sur les migrations et les métamorphoses du virus dit infectant :

« Il arrive aussi, — dit ce dernier auteur, — et beaucoup plus fréquemment, que le virus puisé par les lymphatiques chemine dans ces vaisseaux sans s'y arrêter, pénètre dans les ganglions les plus voisins et provoque dans le centre de ces petits organes une inflammation spécifique bientôt suivie de suppuration et d'abcès. Cette réaction met en quelque sorte une barrière à la progression du virus et sert à rejeter au dehors la matière chancreuse qui, sans cela, eût cheminé plus loin. Enfin, dans quelques cas, beaucoup plus rares, mais encore trop fréquents, le virus est pris à la surface du chancre par les absorbants, qui, sans réagir en aucun point, le portent directement dans le centre circulatoire, d'où bientôt il est envoyé dans l'économie avec le sang artériel.... (1). » — Et plus loin, l'auteur se demande : « *La dose de virus absorbée suffit-elle pour déterminer l'empoisonnement, ou bien, est-il nécessaire, pour que l'effet toxique se produise, que cette dose se multiplie dans l'économie ?* » Et, penchant pour cette dernière opinion, il pense « que le virus se multiplie, soit par fermentation, soit par une décomposition qui s'opérerait par sa présence sur des molécules qui recèlent ses éléments, et que l'intoxication se fait ainsi d'une manière graduelle. » Cependant il ajoute que « peut-être une partie du pus, qui a servi à la contamination (primitive), passe dans l'économie en même temps qu'une autre agit localement et ulcère les tissus (2). »

Pour conclure à l'inévitable *peut-être*, que de frais au moins inutiles d'imagination !

Cependant cette hypothèse, si enracinée, de l'infection par l'ulcération primitive ou du chancre *infectant*, est modifiée aujourd'hui par les dualistes. Selon ces derniers, parés des dépouilles de Hahnemann, le virus est absorbé avant l'appa-

(1) *Loc. cit.*, p. 459.
(2) *Ibid.*, p. 461.

rition du chancre, et l'incubation de ce dernier est « le laps de temps nécessaire à l'économie pour l'infecter tout entière et pour la rendre apte à reproduire ce même virus et à le multiplier (1). » C'est pourquoi l'on accorde une si grande importance à l'incubation du chancre de la syphilis confirmée, et pourquoi l'on nie celle du chancre non sujet à infection.

Les preuves invoquées par les partisans de la dernière opinion sont tirées de l'expérimentation et de l'analogie.

« En 1848, M. Renault (d'Alfort) présenta à l'Académie de médecine le résumé de diverses expériences pratiquées sur les animaux, à l'effet de déterminer si les virus de la morve et de la clavelée étaient absorbés immédiatement après leur inoculation. Treize chevaux avaient été inoculés avec le virus morveux; chez tous la piqûre avait été cautérisée au fer rouge à des époques de plus en plus rapprochées du moment de l'insertion, et variant de quatre-vingt-seize heures à une heure, et cependant tous avaient été atteints de la morve et avaient succombé. Les résultats avaient été plus frappants encore, s'il se peut, pour les inoculations du virus de la clavelée. M. Renault avait inoculé vingt-deux moutons et cautérisé le point d'insertion, trente, vingt, quinze, dix et enfin cinq minutes après l'inoculation. Tous les moutons avaient été également atteints de la clavelée.

« Il n'est donc pas douteux, après les expériences de M. Renault, que les virus de la morve et de la clavelée ne soient immédiatement absorbés (2). »

L'on s'appuie également sur ce qui a lieu dans la vaccine pour conclure que, dès l'introduction du virus dans la pi-

(1) Belhomme et Martin, *Traité élémentaire et pratique de pathologie syphilitique et vénérienne*. Paris, 1864, p. 51.

(2) *Id.*, *loc. cit.*, p. 51.

qûre, il est absorbé et l'infection générale commencée.

Ces expériences s'élèvent contre l'empoisonnement par la résorption purulente ultérieure du chancre, mais non en faveur de la *préinfection*. Elles démontrent que la maladie est mise en jeu par l'inoculation virulente, que le chancre est le premier de ses effets après le temps marqué pour son incubation. Mais c'est là tout. Si l'on veut leur faire signifier autre chose, s'en servir pour prouver l'infection générale de l'économie par le virus au moment de son insertion locale, et en déduire l'inutilité de toute cautérisation au début des premiers accidents, c'est encore une hypothèse illusoire et remplie de dangers dans ses applications.

Arrivons à la fin de ces spéculations hypothétiques, non moins stériles que monotones. La publication la plus récente sur la syphilographie, au moment où nous écrivons ces lignes, est un ouvrage de M. le docteur Diday. Il a pour titre: *Histoire naturelle de la syphilis* (1), titre heureux s'il était justifié. Malheureusement le fécond syphilographe lyonnais a écrit plutôt le roman systématique d'un être de raison que l'histoire scrupuleuse et véridique de la maladie. Que d'échappées sur le monde des rêves, lorsqu'il formule les *différences de force* du virus, suivant le *nombre des transmissions*, et suivant les *modes de pénétration* et de *diffusion* dans l'*organisme* (2)! Pour nous en tenir ici à la question spéciale qui nous occupe, nous sommes heureux de déclarer que ce disciple émancipé de M. Ricord ne voit pas, en même temps, dans la syphilis constitutionnelle, — suivant les errements de l'opinion reçue, — une *diathèse* et une *intoxication*. Il

(1) *Histoire naturelle de la syphilis*. Paris, 1863.
(2) *Loc. cit.*, p. 25.

énumère, en effet, quelques bonnes raisons pour repousser sa nature diathésique; d'où il conclut à une intoxication (1). La justesse rigoureuse n'est pas, il est vrai, la qualité exquise de ce raisonnement; car enfin la pneumonie, par exemple, sans être davantage une diathèse, n'est point pour cela un empoisonnement. Mais voyez la conclusion imprévue! Aux mains de l'artiste, cette syphilis monstrueuse et paradoxale, avec le buste d'une femme, se termine en queue de poisson : *desinit in piscem.* Intoxication au commencement, elle devient tout à coup une diathèse à la fin. Il se fait ici, qu'on me pardonne cette expression, une sorte de chassez-croisez : à un moment de la maladie, la diathèse paraît et l'intoxication s'évanouit. Ce coup de théâtre a lieu à la limite des périodes secondaire et tertiaire; limite, pour le dire en passant, qu'il n'est pas toujours aisé d'établir. Pour ne pas mériter l'accusation de mal interpréter l'opinion singulière de l'auteur, nous la reproduisons textuellement :

« La syphilis tertiaire ne doit pas être considérée comme l'une des périodes, l'un des temps d'évolution d'une maladie, c'est un état pathologique distinct que ses caractères cliniques, que son traitement, différencient suffisamment d'avec la maladie à laquelle on aurait le plus de tendance à le comparer, d'avec la syphilis secondaire (2). La syphilis tertiaire n'est, en effet, que la syphilis qui d'intoxication est devenue diathèse, qui de l'état essentiellement transitoire a passé à l'état essentiellement permanent (3). »

(1) Nous ne citons pas ici, pour abréger, les caractères à l'aide desquels M. Diday essaye de justifier cette distinction singulière. L'occasion se présentera d'y revenir ailleurs. Il suffit pour le moment de prendre acte de la conclusion.

(2) *Loc. cit.*, p. 270.

(3) *Ibid.*, p. 271.

Or, il faut savoir que ce même écrivain demandait, il y a peu d'années (1), à l'Académie de médecine la proscription de l'un de ses membres convaincu d'organicisme et de néologisme au premier chef. On n'est trahi que par les siens.

§ 6. — Conséquences des précédentes hypothèses.

Nous avons largement constaté, ce semble, l'insuffisance et les illusions de la doctrine générale de l'intoxication syphilitique. Cette insuffisance ressort d'ailleurs du supplément de renfort que ses partisans sont obligés de demander à d'autres explications.

Ainsi, tout en partant de la supposition que le virus est un poison, ils reviennent sans cesse à la théorie du ferment, à la métaphore de la graine, à l'influence du terrain : confusion de mots, amalgame d'hypothèses, — luxe de l'indigence !

Une dernière remarque encore. Si le virus est tout, il doit être par conséquent la raison absolue de la maladie. S'il joue vraiment le rôle d'agent toxique, les phénomènes qui en résultent, de provenance purement externe, doivent être proportionnés à leur cause. Les différences tranchées et importantes que présente le groupe complexe des affections syphilitiques auraient donc pour racine nécessaire des différences correspondantes dans leur cause efficiente, ferment, graine ou poison. A ce compte, il faudrait admettre autant de causes ou de virus que de formes, de variétés, de périodes et d'affections diverses de la syphilis : plusieurs séries de doubles virus pour le chancre *aigu* ou simple et pour le chancre *chronique* ou phagédénique, pour l'ulcère *infectant*

(1) *Gazette de Lyon*, avril 1860.

et pour le *non infectant*, pour la syphilis *faible* et la syphilis *forte*, pour la syphilis *congéniale* des enfants et pour la syphilis *héréditaire* des adultes ; en outre, une trilogie virulente pour les trois phases de la syphilis confirmée ; enfin autant de virus multiples, disséminés dans le temps et dans l'espace, qu'il existe de variations historiques ou climatériques de la maladie.

En définitive, ces explications erronées, illusoires, introduisant la fantaisie et l'arbitraire dans la science, perpétuant l'incertitude dans les esprits, sont le germe obstiné et vivace des malentendus qui pullulent depuis les plus lointaines traditions jusqu'à nous. Mais on se tromperait fort, si l'on ne voyait là que de vaines disputes philosophiques, indignes d'occuper aujourd'hui, à une époque qui se vante de positivisme, l'attention des praticiens. Ces hypothèses ont gouverné et gouvernent encore en grande partie les déterminations de l'art.

On a d'abord comparé les chancres vénériens à la *morsure des animaux vénéneux*, on s'est en conséquence imaginé qu'on pourrait enlever le virus, déposé dans la partie affectée, par la succion ou par l'application de la chair sanglante des animaux nouvellement tués ou écorchés. Ces deux moyens étaient adoptés du temps de Gaspard Torella. « On vit alors des hommes vils, animés par l'amour du gain, appliquer leurs lèvres sur des chancres dans quelque endroit qu'ils fussent situés, et se vanter d'emporter ainsi tout le *venin* par des succions réitérées. D'autres se contentaient d'appliquer, à plusieurs reprises, le croupion plumé et écorché d'un coq ou d'un pigeon vivant, ou d'une grenouille coupée par le milieu, suivant sa longueur. Il s'est même trouvé, à la honte de l'humanité, des gens qui n'ont pas rougi de chercher à sacrifier d'autres individus à leur pro-

pre sûreté, et de s'unir, dès qu'ils s'apercevaient qu'ils étaient infectés, à quelque personne saine dans l'idée qu'elle emporterait tout le virus (1). »

Voilà sur quelles données furent d'abord établies ces ressources futiles, quand elles n'étaient pas odieuses, et d'ailleurs parfaitement illusoires. Plus tard, l'on chercha à *détruire le virus* au moyen des scarifications et des caustiques puissants, et si cette méthode était plus applicable, elle ne laissa pas, employée sans règle et sans discernement, que d'engendrer beaucoup d'accidents et d'abus. Elle fut d'ailleurs bien vite battue en brèche par d'autres visées non moins hypothétiques sur le virus.

Quelques médecins ne tardèrent point à déclarer cette médication locale intempestive et funeste. Écoutons Botal : « De même que le singe imite grossièrement et sans jugement tout ce qu'il voit faire aux hommes, sans pouvoir connaître les motifs qui déterminent ces derniers ; ainsi, quand des gens du peuple, absolument dépourvus de connaissance, ont vu un médecin ou un chirurgien habile employer avec succès quelque escharotique, dès qu'ils aperçoivent un ulcère, ils y appliquent sur-le-champ le même remède sans jugement et sans s'appuyer d'aucune observation juste. On ne peut rien imaginer de plus dangereux qu'une pareille méthode ; *on concentre ainsi à l'intérieur le virus* auquel *il fallait donner une issue au dehors*. Bientôt la contagion fait des progrès affreux que l'on tente vainement d'arrêter en usant de toutes les ressources de l'art (2). » Nous avons vu l'école allemande, Hahnemann en particulier, se faire l'écho de ces vaines lamentations.

Les médecins imbus de la doctrine galénique, considérant

(1) Bosquillon, *loc. cit.*, t. II, p. 537.

(2) *Aphrod.*, tome I, p. 870.

la syphilis comme une *viciation* ou une *corruption des humeurs*, se mirent en devoir de les épurer, au moyen des aromatiques, des balsamiques et des antiseptiques de toutes sortes. Ceux qui prétendaient avec Marcel de Côme que l'humeur *mélancolique* domine chassaient l'atrabile par les purgatifs.

Les iatro-mécaniciens ont tenté de combattre l'*épaississement*, l'*obstruction* et la *coagulation* de ces mêmes humeurs par les agents résolutifs, les teintures alcalines, les préparations lixivielles, les sels volatils et ammoniacaux, etc., etc. C'est à ce titre que la bardane fut introduite par Sinapius et Férier, les cantharides par Stahl, l'antimoine par Hoffmann, l'ammoniaque par B. Peyrilhe. D'autres médecins, à la suite de Boerhaave, soutenant que le virus, lorsqu'il réside dans la graisse, la partie médullaire ou diploïque des os, ne peut être atteint par l'antidote, veulent que, pendant le traitement, le malade soit réduit à une émaciation extrême, s'imaginant atténuer davantage les humeurs et réduire en eau ces parties graisseuses, dernier refuge du virus.

Les spécificiens cherchent plutôt l'antidote, l'agent *anti-vénérien*.

Parmi ces derniers, les uns veulent attaquer le virus directement par les alexipharmaques, le mithridate, le thériaque, l'eau thériacale d'Almenar et de Benedict, la chair des serpents ou même des anguilles, employée du temps de ces derniers, celle de vipère ou de perdrix, recommandée plus spécialement, la première par Mayerne, la deuxième par Varandal.

Les autres ont la prétention d'*expulser le venin par les sueurs*. Les Espagnols, puis Ulrich de Hutten, N. Massa, Vésale, Fallope, etc., etc., emploient tour à tour le gayac, la salsepareille, le sassafas, la squine, importés du

nouveau monde; Sinapius et Dollée, le buis; Fallope, Sylvius, Augier Ferrier, le frêne; Plater, la racine de roseau; Musitano, le cyprès; Rondelet, le genièvre; Bartram, la cardinale bleue; Winterly et Quarin, l'astragale sans tige; Russell, le daphné mézéréum; Kortrzwski, la gratiole, etc., etc.

Considéré comme un être distinct et indépendant, une autre méthode a pour objet d'*éliminer mécaniquement* et de toutes pièces le poison par la salivation développée à outrance au moyen du mercure, lequel, par sa pesanteur, broie et atomise les parcelles virulentes rencontrées dans sa course, etc., etc.

Une autre chimère thérapeutique consiste à agir *chimiquement* sur le virus et à opérer avec ce dernier des combinaisons assez fantastiques qui en neutralisent les effets. De là l'emploi des substances oxygénées, de l'acide nitrique, du muriate suroxygéné de potasse, etc., etc.

Enfin, plus près de nous, n'avons-nous pas vu exalter les prétendus bienfaits des sangsues et des saignées, pour remédier à l'*irritation* syphilitique, seule indication des accidents?

Sans doute l'on peut citer des faits de guérison très-réels par l'emploi de quelques-unes de ces médications. Mais combien plus d'assertions erronées parmi ces témoignages contradictoires! Combien plus de conséquences fâcheuses résultant de ces indications gratuites! Souvenons-nous seulement des ravages qu'ont faits les traitements à outrance par la salivation mercurielle et la lancette, aidés surtout par le régime de l'abstinence et de l'exténuation.

Donc, après avoir suffisamment mis en lumière la cause des dissidences qui entravent l'essor de la syphilographie dans son objet et ses applications, cherchons les moyens, s'il se peut, d'y remédier.

CHAPITRE III

DOCTRINE ET MÉTHODE

§ I. — La pierre angulaire de la nosologie.

L'observation pure est-elle, comme on se plaît à le dire, le vrai remède à l'état d'incertitude et d'anarchie dans lequel se débat non-seulement la syphilographie, mais encore la médecine de notre temps. S'il en était ainsi, le remède ne serait pas difficile à trouver. — Mais ce ne sont pas les faits et les observations qui font défaut à l'époque contemporaine. Quel autre temps fut jamais plus fertile en ouvriers plus dévoués et assidus aux investigations minutieuses de la science? Cependant avec la multiplicité des matériaux, croît la confusion, la discorde avec le nombre des artisans.

C'est que l'œuvre manque d'unité, l'édifice pèche par les fondements. En d'autres termes, les observateurs modernes n'ont point une doctrine qui leur serve de plan, une méthode pour leur tenir lieu de levier. Aussi voyons-nous sans aucune surprise les faits se multiplier et les conjectures se succéder, pour ainsi dire, en pure perte au milieu des prétentions contradictoires. Malgré les travaux les plus dignes d'intérêt, malgré les efforts les plus consciencieux et les plus intelligents, la confusion est partout. La notion distincte des maladies s'efface. L'hippocratisme se perd dans les maladies-*fonctions*, l'organicisme s'emprisonne dans les maladies-*tissus*. Montpellier identifie les maladies avec les symptômes,

Paris avec les lésions. Ici l'on ne voit que des *altérations* matérielles et microscopiques ; là, que des *éléments* mal définis et encore plus insaisissables.

La négation des maladies devait être la commune fin de ces systèmes : conclusion exorbitante dont l'organicisme a eu, le premier, le singulier courage, et dont il doit porter la responsabilité. D'après cela, la maladie n'est qu'un nom, et moins encore, une chimère, une erreur. En réalité, il n'existe que des états organopathiques quelconques, variant sans cesse, se groupant sans raison, se poursuivant sans but.....

Or, du moment où il n'y a pas de maladie, — c'est-à-dire d'essence morbide, indépendante et immuable, définie dans ses caractères, dans ses évolutions, dans ses formes, dans sa durée, etc., etc., — il n'y a plus de constitution médicale, c'est-à-dire de nosographie, d'étiologie, de thérapeutique même ; il n'y a plus une science particulière de chaque maladie. Du moins, on ne peut plus appeler du nom de science une accumulation de faits incessamment variables, sans rapports évidents, sans coordination possible. Et c'est là, en effet, l'idéal de la médecine tel que l'organicisme l'a créé à son image : état d'arbitraire dans lequel les faits, les chiffres et les formules se succèdent uniquement pour se contredire, et où les vérités les mieux établies viennent sombrer tour à tour.

Je sais bien que guidés par l'expérience et le bon sens qui les accompagnent, surtout dans les choses de la pratique, la plupart des médecins font souvent bon marché des errements de ce système. Mais ce sont là seulement d'heureuses inconséquences, par lesquelles le sentiment de la vérité éclate et proteste contre la servitude de l'erreur.

Cette servitude, la science médicale doit enfin s'en affran-

chir, en proclamant à son tour la vérité immuable dès longtemps pressentie, qui doit devenir la pierre angulaire de l'édifice, la base granitique de sa constitution. Or, cette vérité, — qui est en germe dans l'esprit de la tradition, malgré toutes les hypothèses, et dans l'instinct des médecins, malgré toutes les préventions, qui a inspiré les grands travaux dont s'honore le passé, et qui guide plus d'une fois, à son insu, les efforts de la pratique, — c'est le principe de l'*essentialité* des maladies. — « Ce principe est la base de la pathologie, comme l'essentialité ou l'immutabilité des *idées* est la base de la philosophie, comme l'essentialité ou l'immutabilité des *espèces* est la base de l'histoire naturelle, comme l'essentialité ou l'immutabilité des *éléments* est la base de la chimie, comme l'essentialité ou l'immutabilité des *figures* est la base de la géométrie (1). » En étudiant les maladies comme des essences, — c'est-à-dire comme des *modes définis*, et seulement *d'après leurs caractères sensibles*, — cette doctrine formule en même temps la vraie méthode médicale au lieu et place de toutes les prétentions chimériques des sciences étrangères qui ont asservi la médecine sous prétexte de la guider. Et par là, la détermination des maladies, en tant qu'espèces, leur distribution régulière par groupes nosologiques, leur distinction radicale d'avec les lésions et les symptômes, le rôle véritable de la prédisposition et des causes, la loi des évolutions, la raison de leurs différences de l'espèce à l'individu par les formes, les variétés et les idiosyncrasies, la formule et la hiérarchie de leurs indications, toute cette grande constitution médicale devient d'une compréhension facile et claire, autant que les efforts passés furent jusque-là embarrassés et impuissants.

(1) J. P. Tessier, *Études de médecine générale*, 1850, p. 153.

Tel est le foyer lumineux qui nous permet de distinguer la réalité de son ombre, c'est-à-dire la méthode d'avec les systèmes, et la théorie d'avec les hypothèses. En projetant ses rayonnements sur le champ de la syphilographie, les problèmes obscurs qui s'agitent s'éclairent d'un jour nouveau. L'essence de la maladie, le rôle de son virus, la diversité de ses formes et l'unité de son ensemble reçoivent une solution en harmonie avec l'esprit de la tradition et les progrès de notre temps.

Il est d'autant plus nécessaire d'invoquer ici ces véritables notions de l'entité morbide qu'elles sont plus méconnues, et que leur ignorance ou leur oubli est l'unique cause de la déchéance trop réelle de notre art. Comme au temps de Sydenham, dont j'emprunte les propres paroles, cet art, le plus grand de tous, ne passe-t-il pas encore aux yeux du vulgaire pour *incertain*, *trompeur*, *mystérieux* et en quelque façon *inintelligible*? D'où vient cela, sinon qu'il n'a pas de base assurée?

Or, ce qui est vrai généralement pour la plupart des maladies s'applique bien davantage encore à l'étude des affections dites vénériennes. On dirait un groupe complétement en dehors de la nosographie. Cependant, la syphilis, en particulier, ne fait nullement exception à la loi générale; et c'est à tort que l'on a cherché à la soustraire à la nécessité commune. Aussi, livrée avec une indifférence par trop dédaigneuse à la merci habituelle des médecins spécialistes, elle se ressent fort de cet abandon. Elle a subi les inconvénients du régime d'exception qui lui a été imposé. On y remarque à chaque pas de singulières prétentions à une législation originale : tout un code hérissé de lois, de formules, de sentences, de décisions, qui ne sont que trop souvent l'expression de visées particulières. Chaque syphilographe

a sa jurisprudence et sa technologie propres. Et l'histoire de la maladie se complique surtout du conflit des opinions et des variations de langage de chaque prétendant. C'est là que l'on a amoncelé, comme à plaisir, les difficultés. — Nous jeter tête baissée dans la mêlée pour augmenter encore la confusion, telle n'est pas notre envie. Que le lecteur nous pardonne donc si, en même temps que nous prenons la question à sa source, nous cherchons à ramener le débat au droit commun.

§ 2. — L'essentialité morbide.

En considérant la syphilis comme une essence morbide, nous n'avons pas l'intention de faire surgir une hypothèse nouvelle ou quelque subtilité métaphysique, à notre tour. Hâtons-nous de dire qu'il faut entendre par là, relativement à la maladie, l'indivisibilité ou l'immutabilité de sa nature révélée par l'ensemble de ses phénomènes constants. Les essences ne nous sont connues que par l'immutabilité de leurs manifestations : *immutabiles rerum essentiæ*. Or ces manifestations sont, pour nous, du ressort de l'observation. Loin de nous envoler aux régions nébuleuses des théories spéculatives, nous restons cramponnés au terrain solide des faits dont une loi primordiale éclaire et cimente les rapports et fixe l'harmonie. Le rapprochement entre la permanence des caractères propres aux individualités morbides et la permanence des caractères appartenant aux espèces naturelles, ce rapprochement, disons-nous, entre la maladie et l'espèce, n'indique qu'une analogie et n'implique point l'identité. Les maladies ne sont donc, suivant J.-P. Tessier, que des essences par analogie. Aller plus loin, violenter cette analogie, c'est passer de l'hémisphère des faits à celui des chimères. Assimiler les maladies, qui ne sont que des

modes accidentels définis du composé vivant à « des ESPÈCES *dont les individus portent l'empreinte rigoureuse du type*, c'est faire une hypothèse toute gratuite (1). »

Cette erreur, nous l'avons vu, fut celle du spécificisme. Paracelse, Van Helmont, Campanella, Fernel, en ont été les parrains. Certaines maladies, parmi lesquelles surtout la syphilis, se présentaient aux yeux des observateurs, avec des individualités presque identiques ; et, en outre, leur pouvoir contagieux semblait offrir une similitude apparente de plus avec la reproduction des espèces végétales et animales par voie de génération. D'où l'assimilation pittoresque de la transmission contagieuse avec une substance organisée reproductrice, graine ou ferment. Ce furent les maladies dites *spécifiques*, les *grands empoisonnements*, les *septicémies* ayant pour générateur une cause externe, raison unique et logique de tous leurs phénomènes.

Nous avons exposé l'inanité du spécificisme, soit qu'il s'appuie sur la théorie de la fermentation, soit sur celle de l'intoxication. La notion de l'essentialité morbide va nous aider à dépouiller complétement cette vieille erreur rajeunie par les spécificiens modernes, et à substituer aux hypothèses sur le virus la solution scientifique en rapport avec l'état actuel de nos connaissances.

§ 3. — Le virus.

On sait quelles furent les aberrations qui se firent jour à l'occasion des premières recherches sur les origines du contage syphilitique. Né sous l'influence maligne des astres ; engendré, comme les hommes de Deucalion, du

(1) J. P. Tessier, *Art médical*. Paris, 1861. t. XIV, p. 332.

limon des terres inondées; fluide séminal corrompu; vapeur vénéreuse; avorton monstrueux, résultant de l'accouplement impur des courtisanes et des lépreux; germe spontané produit par les raffinements et les excès effrénés de la débauche, par les horreurs de l'anthropophagie, par les crimes de la bestialité; — toutes ces aberrations reposent sans exception sur l'idée d'une *substance* occulte, âcre, subtile, délétère : teinture vénérienne, poison animal, miasme, vice, virus. Quelle que soit la porte de son entrée dans l'économie humaine, quelque rôle qu'on lui attribue dans le développement ultérieur des accidents, cet agent est généralement regardé comme la *maladie* en substance, de même que les symptômes ne seraient que le virus en acte. Il embrasse donc la maladie, la contient et la dépose dans le corps. Il en est, toujours à ce point de vue, la quintessence propre.

A côté de ces errements, nous voyons une doctrine moins trompeuse.

Castelli définit le virus : « *Usitatior est acceptio in malam partem, qua idem significat quod venenum sive malignam et deletariam qualitatem.* » Le virus n'est donc au fond qu'une qualité.

Suivant Nysten : « Mot latin qui signifie poison et qu'on a retenu en français en lui donnant une signification différente. On entend, par virus, *un principe inconnu dans sa nature et inaccessible à nos sens, qui est l'agent de la transmission des maladies contagieuses* proprement dites, c'est-à-dire de celles qui se transmettent par contact immédiat : tels sont les virus variolique, vaccin, syphilitique, rabique, etc. Les virus paraissent être le résultat d'une sécrétion morbide accidentelle. Ils diffèrent essentiellement des venins qui sont des sécrétions naturelles à certaines espèces d'animaux. » Défi-

nition très-sage et réservée, tirée de la quatrième édition du *Dictionnaire de Nysten*, publiée par M. Bricheteau (1).

1re Proposition. — *Le virus est-il un être ou un mode?* La notion de la contagion syphilitique ne se manifeste à nous que par ses effets. Aucun moyen d'investigation connu n'autorise à supposer que la cause immédiate de ces effets réside dans un être indépendant, concret, tangible, saisissable, tombant sous les sens. La chimie ne l'a jamais isolé; le microscope ne saurait l'entrevoir. Les instruments de coercition les plus subtils ont été également impuissants à découvrir ce mythe cabalistique d'une hypothèse dévoyée. Pour rester dans la réalité scientifique, il faut s'en rapporter avant tout aux caractères sensibles des faits d'observation. Or, ce que l'on sait manifestement, expérimentalement, du virus qui nous occupe, c'est qu'il n'est point distinct, soit du pus, soit du sang, soit des liquides organisés aptes à transmettre la contagion; c'est, en conséquence, qu'il n'est point une *quantité*, mais une *qualité* inhérente à ces liquides, chez l'homme atteint de syphilis confirmée; c'est, enfin, que ce mot de virus doit désigner uniquement la propriété d'inoculation et de contagion, soit le moyen de transmission et l'occasion de développement de la maladie.

Que maintenant cette propriété suppose une modification particulière dans les parties qui en sont le support, et que le pus syphilitique contagieux soit, par essence, différent du pus d'une plaie simple, que le premier possède une influence occasionnelle spéciale que n'a pas le second, c'est ce qu'il serait absurde de nier. Mais de là à l'explication de la *production* de toutes pièces de la syphilis par le pus virulent, il y a un abîme qu'aucune conjecture ne saurait combler.

(1) Paris, 1824.

Ainsi le virus syphilitique ne se révèle à nous que par ses effets inoculables; et l'on ne retrouve, dans les fluides contagieux sans exception, aucun vestige d'une *substance* morbifique spéciale et distincte. Voilà les faits; voilà par conséquent la notion positive du virus.

Cette notion est celle de la véritable philosophie. Aller plus loin, c'est faire preuve de présomption et d'ignorance. Il ne nous appartient pas davantage de pénétrer l'essence des maladies que l'essence des substances dont nous affirmons hautement la réalité sur la foi de leurs phénomènes. Laplace a dit avec juste raison : « La nature des forces sera toujours un mystère; on ne peut déterminer que leur effet et les lois de leur action. » Telle est la méthode de toute science. — En physique, l'étude de l'élasticité des corps ne repose point sur l'hypothèse d'une entité indépendante. L'essence de l'électricité, du calorique, représente uniquement la somme des effets constants et spéciaux attribués à ces agents; il ne vient jamais à l'esprit d'un physicien sérieux de perdre son temps et d'égarer sa route au milieu des conjectures et des niaiseries sur la nature intime du calorique ou de l'électricité. — De même, en chimie, aucune hypothèse ne prétend guider l'étude des combinaisons définies; on sait assez que, du jour où l'illusion et l'entrave du phlogistique ont disparu, cette science constituée a marché à pas de géant. « A l'origine, disait tout récemment le savant chimiste M. Berthelot, le feu était regardé comme un élément, *comme un* ÊTRE, *à un titre aussi complet, aussi absolu que n'importe quel autre*. Aujourd'hui, ce n'est plus qu'un *phénomène*, un mouvement spécial des particules matérielles (1). »

L'on pourrait dire à peu près la même chose du virus. Ce

(1) Berthelot, *Revue des Deux-Mondes*. Paris, 1863, t. XLVIII, p. 454.

n'est pas une substance, mais un phénomène ; non pas un être, mais un mode ou une qualité, et, comme nous allons voir, non une véritable cause, mais un instrument.

2me Proposition. — *Le virus est-il la cause efficiente ou occasionnelle de la syphilis?*

On regarde comme un axiome que le virus syphilitique agit en tant que cause externe, et, par conséquent, immédiate et efficiente, dans la genèse des accidents : cause qui serait la raison matérielle de la maladie, sa constitution et son explication même. C'est une graine qui germe, un levain qui fermente, un poison qui infecte. Cet axiome prétendu est l'ingénieux roman dont nous avons montré en détail les erreurs.

Voici ce que répond d'une manière générale l'observation :

D'abord, quant aux explications physico-chimiques invoquées à l'appui, l'observation en déclare ici l'application fausse et erronée. « Ferment, graine ou poison, — dit très-bien notre distingué confrère, M. Gonnard, — le virus met en défaut les lois connues de la fermentation, de la germination, de l'intoxication. Inutile de poursuivre dans ses détails la démonstration de cette antipathie ; une expression générale suffira. Continuité d'action pour le poison, continuité de même pour le ferment et le germe, et, de plus, identité dans les produits, depuis le début jusqu'au terme de l'évolution organique : telles sont les lois incontestées de la chimie et de la botanique. Or, que devient la loi de continuité en présence des intermittences de la syphilis, de ses alternatives de sommeil et de réveil ? Que devient la loi d'identité en présence des lésions si étrangement diverses, de syphilitique à syphilitique, et de période à période (1)? » Voilà donc une

(1) *Loc. cit.*, p. 19.

graine, un ferment, un poison, — comme il n'y en a pas.

Ensuite, quant aux explications physiologiques qui font absorber et voyager d'étape en étape cet agent substantialisé, nous avons vu que l'observation n'en prouve nullement la réalité. Ajoutons simplement ici que cet agent, au lieu d'entrer en exercice immédiatement, suivant les lois ordinaires, présente un temps d'arrêt ou d'incubation. Il lui faut un certain travail local préalable, sans lequel son action générale ne se développe point.

Enfin, les notions pathologiques ne sont pas moins violées par la supposition qui fait jouer au virus le rôle de cause externe. Toute cause externe est véritablement efficiente et prochaine; elle explique très-bien le résultat immédiat qui la suit. Ses conséquences sont entièrement adéquates à son intensité. Du commencement à la fin, il y a un rapport exact entre l'action extérieure et ses effets.

Or, considérons seulement ici les véritables poisons et venins. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter, sur le rôle de ces agents externes, les considérations fécondes de l'enseignement de J. P. Tessier. Voici ce qu'il en dit : « Leurs effets directs (des poisons et des venins) sont en rapport avec la quantité et le mode d'ingestion qui convient le mieux à chacun. Celui-ci doit être avalé, tel autre respiré, tel autre inoculé. Mais les effets, dans chacun de ces cas, sont en rapport avec la quantité de poison ingérée. Une grosse vipère tuera, alors qu'une petite vipère n'aurait déterminé qu'une intoxication. Un grain d'arsenic causera des coliques, un gramme tuera. Un petit verre de liqueur alcoolique donnera lieu à une excitation passagère, une plus grande quantité à l'ivresse, un litre déterminera la mort... Ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que les mêmes effets se reproduisent chez tous les hommes, sans exception, en tenant

compte des dispositions naturelles des individus... Mais toutes ces résistances seront brisées par une action plus intense ou une dose plus forte. Tout homme peut être tué par la foudre, secoué par une étincelle électrique, enivré ou empoisonné par l'alcool, tourmenté ou mis à mort par un poison, une violence extérieure. C'est là ce qu'il importe de bien établir (1). »

En est-il ainsi de la syphilis? Nullement. On dit bien en premier lieu, que l'on peut produire la syphilis à volonté. Mais cette proposition, dans sa rigueur absolue, manque d'exactitude. Il est vulgaire de rencontrer des individus qui se sont exposés impunément à la contagion dans les mêmes foyers où d'autres la contractent avant et après eux. Bien plus, l'inoculation du chancre, — qui infecte ou empoisonne, — est précisément celle qui a le plus de chances d'avorter. Des sujets sains, qui l'ont demandée même au virus déposé sur la lancette des expérimentateurs, ont échappé à la contagion. Le dogme de l'*égalité devant la vérole* n'est qu'une boutade plaisante qui peut prêter à rire à l'hôpital du Midi, mais dont la rigueur ne saurait être justifiée. En outre, la syphilis ne s'inocule point généralement plus d'une fois dans le cours de la vie du même individu, ou bien les récidives présentent des modifications spéciales. Cet état réfractaire ou cette diversité de modifications sont-ils en rapport avec quelque transformation du virus ? Non assurément. Le virus reste le même. C'est la prédisposition (c'est-à-dire la *cause interne*) qui a changé.

En second lieu, les effets morbides sont-ils proportionnés à la dose du virus? Encore moins. Le nombre des chancres, leur étendue en surface ou en profondeur, ne font rien à

(1) *Cours de médecine générale*, loc. cit., p. 246.

l'affaire : à un chancre solitaire, insignifiant, superficiel, peuvent succéder les accidents consécutifs les plus opiniâtres et les plus nombreux; à des chancres multiples et étendus, les symptômes les plus fugitifs.

En troisième lieu, enfin, les accidents syphilitiques, bien qu'ils se transmettent fréquemment dans leur forme, ne sont pas dans un rapport d'intensité nécessaire avec les foyers d'où ils émanent. Un chancre simple bénin peut communiquer, selon les individus, un chancre phagédénique rebelle, et celui-ci, à son tour, provoquer chez un autre individu des ulcérations virulentes suivies de symptômes constitutionnels.

Dans tous ces cas, la maladie n'est donc pas en proportion déterminée avec l'intensité, la dose ou la nature du virus. Les effets ne sont pas adéquats à la cause.

Enfin, pendant que la prétendue cause efficiente disparaît peu à peu, au lieu que ses effets s'amoindrissent et cessent parallèlement, ils se montrent au contraire plus opiniâtres et plus invétérés que jamais. Ainsi, dans la seconde période de la syphilis confirmée, la contagion perd de sa constance et de son activité; plusieurs de ses symptômes tardifs sont dénués du pouvoir contagieux. On sait aussi que, dans la troisième période, ce pouvoir manque absolument. Dès les premiers temps même, la réinoculabilité du malade fait le plus souvent défaut. Voilà bien un singulier poison! C'est au moment que le malade en est saturé qu'il le communique moins facilement aux autres; c'est alors que ce poison n'est plus un poison pour ceux-ci, qu'il infecte de plus en plus le premier en lui faisant parcourir l'horrible chaîne des accidents secondaires, tertiaires, et parfois même cachectiques!

Ainsi le mécanisme du virus ne saurait être identifié et

ramené au rôle d'une cause externe. Il ne peut rendre compte, à ce titre, des effets de la syphilis. Il ne saurait expliquer sa production, en comprendre l'origine. C'est que cette prétendue cause efficiente n'est qu'un effet, un produit de la maladie. Pour créer le contage, il faut préalablement un malade atteint de syphilis. La maladie préexiste, elle a surtout préexisté originellement au virus. « Quelques efforts d'esprit que l'on fasse, dit J. P. Tessier, on n'arrivera jamais à comprendre que l'effet d'une maladie en soit la cause. Le oui et le non, le tout et la partie, la cause et l'effet ne sont point identiques (1). » C'est la même doctrine qu'exprimait M. Bazin, en 1861, dans ces termes : « Le virus est un produit, un effet de la maladie et non sa cause; pour expliquer son existence, il faut, de toute nécessité, admettre une première maladie spontanément survenue et ayant engendré un premier virus dont l'inoculation a été capable de déterminer consécutivement la maladie dont il était l'effet (2). »

Dans la transmission d'un individu à un autre, la contagion syphilitique ne joue d'autre rôle que celui d'une cause occasionnelle nécessaire, mais toujours dominée par la prédisposition, qui est la seule véritable cause prochaine, supérieure et permanente, de la maladie. Le mode contagieux affecté au virus syphilitique, — c'est-à-dire la contagion *par inoculation*, — est l'instrument, l'occasion de ce développement, comme la pierre lancée dans l'espace est l'occasion qui sollicite et met en jeu la loi de la pesanteur : le corps grave ou la main qui le dirige ne sont que les instruments du fait qui va s'accomplir; mais la véritable cause de

(1) *Art médical*, t. VI, p. 250; 1857.

(2) Bazin, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 30 août 1861.

la résultante reste indissolublement liée, en définitive, à la force dominante et universelle de l'attraction.

On comprend que nous ne pouvons entrer dans tous les développements qu'exigerait l'étude *médicale* des virus; nous en résumerons seulement ici les éléments, sous forme de propositions succinctes, pour l'intelligence de ce problème important.

1° Les virus sont des *produits morbides* jouissant de la propriété de reproduire par contagion des maladies identiques à celles qui les ont fournis. Ils ne constituent pas des individualités distinctes; ils ont pour support des produits matériels dont un état contre nature fomente les nouvelles qualités.

2° Les virus sont les *causes occasionnelles* des maladies qu'ils produisent, non nécessaires dans la variole et la rage spontanément développées, nécessaires dans la vaccine et la syphilis.

3° Les virus ont une *période* d'activité, ou, pour mieux dire, les maladies ont des périodes déterminées pendant lesquelles ils sont inoculables;

4° Chaque virus a son *mode d'action* particulier;

5° Chacun d'eux est *spécifique* relativement aux maladies et aux espèces d'êtres organisés qui en sont affectés. Ils sont particuliers aux maladies contagieuses proprement dites, et, en outre, à telles ou telles espèces animales, spontanément ou par transmission;

6° On peut préjuger qu'il existe des causes susceptibles de s'opposer à l'action des virus;

Et 7° ces virus peuvent être étudiés comme étant chacun des *moyens* possibles *de traitement*.

A proportion que nous pénétrerons plus avant dans l'étude

de la syphilis, nous verrons les caractères du virus qui lui est propre se dessiner davantage à nos yeux.

En attendant, concluons — comme résumé de la discussion précédente : — le virus n'est point la cause substantielle, externe de la syphilis. Il ne représente que la propriété contagieuse inhérente à certains produits inoculables de la maladie ; ce n'est que l'instrument spécial de sa transmission. Quant à la véritable cause interne ou prochaine, elle réside dans la prédisposition morbide définie, mise en activité à l'occasion accidentelle du contage inoculé.

§ 4. — Caractères nosologiques de la Syphilis.

Ainsi considéré, le virus cesse d'être la substance ou la semence de la maladie, et, à lui seul, l'essence propre de la syphilis. Il ne représente qu'un de ses effets, et, partant, de ses caractères. Or, l'essence morbide, nous l'avons vu, se compose de l'ensemble de ses phénomènes constituants, et non d'un seul considéré, abstraction faite des autres. A la vérité, sur le terrain d'une maladie contagieuse inoculable, la transmission est un élément considérable et hors de proportion avec chacun des autres considéré isolément. Mais ce n'est pas une raison pour sacrifier à cet unique caractère tous les autres phénomènes essentiels de la maladie.

Ainsi, par exemple, seule, l'inoculation expérimentale ne saurait faire distinguer dans beaucoup de cas, sans mécomptes ou malentendus, la blennorrhagie de la syphilis. M. Ricord, il est vrai, a tenté autrefois de fonder, uniquement à l'aide de la lancette, leur indépendance nosologique. Nous n'entendons pas nier résolûment la possibilité d'un tel exploit de la part d'un expérimentateur aussi habile, ni l'importance grande des résultats fournis par l'ino-

culation. Toutefois ces données expérimentales, d'une très-réelle valeur, ne sont pas un *criterium* infaillible; et la preuve, c'est que M. Ricord se fondait, il y a vingt-cinq ans, sur les témoignages qu'il récuse aujourd'hui. Alors *tous* les chancres s'inoculaient *sans exception* sur les malades, tandis que, dans ces dernières années, un bon nombre ne s'inoculent plus. Ce témoignage contradictoire de la lancette dans les mêmes mains et à quelques années seulement de distance, a causé de grands étonnements. Mais, à nos yeux, il ne convient d'accuser que l'exagération qui prête à l'inoculation des décisions, soit dans un sens, soit dans un autre, par trop tranchantes. L'expérience, — une longue expérience, — a prononcé; et l'on n'a plus de peine à convenir que l'inoculation du pus blennorrhagique ou du pus chancreux urétral sur le malade, pour distinguer ces deux affections, ne mérite plus la confiance qu'on lui accordait, il y a peu d'années. S'il n'y avait entre ces deux entités morbides, — la blennorrhagie et la syphilis, — d'autres différences que les caractères exclusivement tirés de l'inoculation, leur distinction n'eût été évidemment ni aussi nette, ni aussi facile dans la pratique. Mais c'est parce que M. Ricord, tout en prenant pour son plus important témoin l'inoculation expérimentale, a su placer dans un parallélisme lumineux, — avec le grand sens médical qui l'élève si haut parmi les médecins spécialistes, — l'ensemble distinct des caractères et des évolutions de chacune des deux maladies, qu'il a été conduit à légitimer pleinement leur indépendance. Tel est, en effet, leur fondement nosologique, à l'abri des lacunes et des infidélités de l'inoculation. C'est en se plaçant instinctivement sur le terrain de l'essentialité que le chirurgien de l'hôpital du Midi a trouvé plus d'une fois l'occasion de ses plus glorieux triomphes.

Indépendamment de l'inoculation expérimentale, d'autres caractères, considérés isolément, ont servi de base précaire et insuffisante à l'édification nosologique de la syphilis. Placés à ce point de vue étroit, les divers auteurs des systèmes nosologiques ont regardé cette maladie tantôt comme une cachexie, tantôt comme une affection vénérienne, ou même comme une maladie organique.

L'ensemble de ses caractères démontre jusques à l'évidence que la syphilis n'est point une *cachexie* — contre le sentiment de Sauvages et de Cullen. — Le premier de ces nosologistes place la maladie qui nous occupe dans le cinquième ordre des cachexies, qui contient les affections cutanées. Mais d'abord, l'état cachectique proprement dit, s'il existe parfois dans la syphilis, n'en constitue point un caractère essentiel; c'est un état accidentel, exceptionnel même, et borné généralement aux périodes ultimes, phase dernière de la plupart des maladies invétérées. De même, les localisations cutanées ne sont que des symptômes accessoires, en dehors desquels la maladie subsiste fréquemment. — Quant à Cullen, qui regarde aussi cette dernière comme cachectique, en la plaçant spécialement dans l'ordre des affections *impétigineuses*, il ne fait que rendre plus manifestes les vices du système de son prédécesseur.

La syphilis est-elle, par essence, une maladie *vénérienne*, classe qui, d'après Selle, contient deux genres : la gonorrhée et le chancre ? Les affections de source vénérienne ne sauraient constituer un groupe nosologique précis. Quant à la syphilis, elle n'a point, à beaucoup près, toujours cette provenance particulière. On la contracte maintes fois en dehors de tout rapprochement sexuel : l'allaitement seul suffit à le démontrer.

Peut-on regarder, avec Pinel, la syphilis comme une

maladie *organique?* Mais cette classe, où l'on trouve pêle-mêle, d'après l'auteur, la gangrène, l'hypochondrie, la gale, etc., etc., est nosologiquement si arbitraire et si confuse, que cette vague détermination ne nous apprend rien.

Ce n'est, ni d'après l'ensemble ni d'après un seul de ses caractères réels, que l'école de M. Ricord est fondée à considérer aujourd'hui la syphilis, — dans sa période constitutionnelle, — comme une *diathèse*. Ce mot est ici détourné de sa signification régulière, laquelle s'entend des maladies formulées par *l'unité de produit morbide, avec diversité de siége*. Le cancer et le tubercule en sont les types le plus énergiquement dessinés. Transportée à l'étude de la syphilis, dont l'un des caractères est la *diversité des produits morbides*, cette application vicieuse a eu, entre autres effets regrettables, celui de faire décréter le double dogme de l'incurabilité de la prétendue diathèse syphilitique et de la non-réinfection absolue : exemple qui témoigne combien l'ignorance ou l'oubli de la langue médicale engendrent dans la pratique de fâcheuses erreurs. La syphilis n'est donc pas davantage une diathèse qu'un empoisonnement.

D'après la méthode que nous avons indiquée, pour arriver à la solution du problème sur la constitution nosologique de la syphilis, il convient d'avoir égard à l'ensemble de ses caractères et de ses évolutions : ensemble qui se résume dans le développement successif ou simultané de différents produits morbides définis, chancres, bubons, éruptions diverses, etc., etc., en diverses régions, à la suite de l'inoculation virulente ou de l'influence héréditaire. *Diversité de produits, diversité de siége :* telle est la formule générale de la syphilis, formule qui est celle d'un groupe nosologique constitué par J. P. Tessier sous le nom de maladies *consti-*

tutionnelles (1). Dans ce groupe, la syphilis a sa place naturelle à côté de la scrofule et de la goutte, dont elle se distingue autant par sa physionomie spéciale que par sa capacité virulente.

Cette solution nosologique, obtenue sans aucun sacrifice à l'hypothèse et à l'esprit de système, par le seul concours de la méthode médicale, contient des corollaires qu'il importe de déduire pour arriver à notre fin.

§ 5. — Types nosologiques de la Syphilis.

Chacune des entités morbides, qui composent le groupe des maladies constitutionnelles, présente un horizon singulièrement étendu. Le nombre de leurs symptômes, la nature variée de leurs lésions, la diversité de leurs évolutions, la multiplicité de leurs aspects, figurent plutôt, par analogie, une synthèse générique qu'une espèce restreinte. Ces maladies nous apparaissent comme des genres décomposables en espèces plus ou moins nombreuses. Il semble véritablement que la scrofule bénigne diffère autant de la scrofule grave, et la goutte légère ou régulière de la goutte fixe ou anomale, que le rhume se distingue de la pneumonie. Mais ces divers types, en apparence si tranchés, d'une même maladie constitutionnelle, se rattachent, au fond, par un lien essentiel qui ne permet point de les séparer. La scrofule, qui ne se manifeste que par quelques intumescences ganglionnaires chez un ascendant, peut faire

(1) Ainsi que l'a fait judicieusement remarquer M. Jules Hélot (*loc. cit.*, p. 13), « nous nous servons du mot *constitutionnelles* pour désigner ces maladies, parce qu'il est traditionnel dans la science, et nous devons dire qu'on ne doit y attacher ici d'autre sens que celui qu'exprime la définition du groupe. »

explosion sous forme de carreau ou de phthisie scrofuleuse sur l'un des descendants. A la goutte éphémère, se révélant uniquement par quelques fluxions à peine aperçues sur quelque gaîne tendineuse, peuvent se substituer des localisations graves, permanentes, multiples sur les principaux viscères de l'économie.

Il en est ainsi de la syphilis. Du chancre simple, sans autre retentissement ultérieur, guérissant spontanément en quelques semaines, au chancre phagédénique, persistant des années en défiant toutes les ressources de l'art, et pouvant amener la consomption et la mort, il y a loin. Il y a loin encore de ces deux derniers types de la maladie à celui de la syphilis ordinaire confirmée chez l'adulte, et de celle-ci à la forme héréditaire des enfants. Cependant, si dissemblables que soient ces aspects, ils ont une même nature; ils tiennent à une même racine. Dérivés d'une source commune, l'unité en est, pour ainsi dire, le principe et la vie.

Mais, en même temps, ces prototypes de la syphilis, comme ceux de chaque maladie constitutionnelle, présentent une originalité plus fortement accusée que dans la plupart des autres essences morbides. Et, par là, ce caractère important des maladies constitutionnelles nous donne la clef des opinions nouvelles tendant à scinder la syphilis en deux unités distinctes. Cette tendance a quelque raison d'être, chaque type de la syphilis pouvant être considéré, par analogie, comme une espèce même. Les néo-syphilographes ont entrevu la vérité dont il convient seulement de dégager l'exagération et l'erreur. La notion précise des différences de la maladie est le dénouement de la question.

Les différences que l'observation constate dans chaque maladie ne sont pas des éléments d'égale valeur. Il y a une

hiérarchie dans la diversité de leurs caractères. Cette hiérarchie « s'établit par les *formes* d'abord, au-dessous des formes par les *variétés*, finalement par les *idiosyncrasies* (1). »

Ce mot de *formes* n'a malheureusement, comme tant d'autres en médecine, qu'une acception arbitraire, indécise et partant variable. Les uns, comme Hunter, ont entendu plus spécialement par là la *période* de la maladie : forme *locale* et forme *constitutionnelle*. D'autres l'ont employé comme synonyme de *degré*, de *variété;* ou même pour désigner telle ou telle *lésion* élémentaire des éruptions syphilitiques : forme *exanthématique*, *tuberculeuse*, etc. ; ou la prédominance de tel ou tel *symptôme :* forme *serpigineuse*, etc. Ce qui ne sert pas peu à augmenter la confusion.

La *forme* de l'*essence morbide* est plus que tout cela. C'est un *ensemble de différences fixes*, *définies*, *flagrantes*, *portant sur la somme des caractères et des évolutions de la maladie*, du commencement à la fin : véritables types naturels offrant chacun, dans l'aspect de ses symptômes, dans la profondeurs de ses lésions, dans ses phases, dans son génie, dans sa curabilité, dans sa totalité enfin, un cachet à la fois autonome et distinct. Ce sont ces différences essentielles qui constituent pour la maladie ses formes : formes persistantes, irréductibles, — analogues à celles du sexe dans les espèces naturelles, — et dont l'existence, loin de détruire le prototype fidèle, ajoute à sa richesse et à sa fécondité. Cette notion est importante à établir, car l'image de chaque essence morbide ne se révèle que sous telle ou telle de ses formes ; de même que la physionomie réelle de l'espèce humaine ne se manifeste que sous les attributs de l'un des

(1) Tessier, *loc. cit.*, p. 333.

sexes revêtant les lignes et les caractères propres à chacun d'eux. La maladie n'existe donc pas, dans son individualité, en dehors de l'une de ses formes définies. Par conséquent, à côté des caractères fondamentaux, génériques de la syphilis, il y a des différences spécifiques qui établissent dans son ensemble certains types irréductibles et constants.

Chaque forme elle-même embrasse plusieurs *variétés*, c'est-à-dire des degrés divers, soit dans la généralité, soit dans la spécialité des principaux phénomènes. Ainsi, dans la syphilis confirmée, — depuis la variété qui consiste uniquement dans la transformation plastique de l'ulcération primitive sans autre accident — jusqu'à celle qui parcourt toutes les périodes de la maladie et se dénoue par la mort, il y a une foule de degrés intermédiaires dont les chaînons extrêmes semblent servir aux formes voisines de naturelles transitions.

Enfin, en dehors des influences de la maladie, de ses formes et de ses variétés, se trouvent encore les différences qui tiennent aux *idiosyncrasies*. Ce sont les réactions purement individuelles. Innées, ou acquises par le milieu, les habitudes, modifiées par mille conditions diverses, les dispositions dont nous parlons suscitent des différences plus mobiles, plus accidentelles, mais dont il faut, dans la pratique, tenir grand compte. Elles impriment plus ou moins fortement leur empreinte sur le nombre, la résistance des symptômes, par exemple, mais elles ne déplaceront pas la forme même de la maladie. C'est ainsi qu'un individu atteint de syphilis, dans sa variété la plus simple, — c'est-à-dire de chancres mous, sans autre accident, — verra se développer souvent, à la suite de fatigues ou d'excès, le bubon suppuré qu'il eût peut-être évité par un sage régime ; c'est ainsi encore qu'un traitement mercuriel intempestif ou exagéré prolongera d'anciens accidents ou en rallumera même de nou-



veaux dans la forme confirmée. Mais, dans la très-grande majorité des cas, ni les écarts du malade ni les erreurs du traitement ne transformeront la syphilis phagédénique en syphilis confirmée, et réciproquement.

Grâce à la méthode médicale, nous arrivons donc, en partant de la notion générale de la maladie, à l'individu, « terme pratique de la nosologie. » Et, sans torturer les faits, sans nous égarer dans les conjectures, nous pouvons affirmer la constitution nosologique de la syphilis, « embrassant le sujet tout entier, respectant son unité et ses variétés, abordant tous les détails et harmonisant le tout par une ordination régulière (1). » Maintenant, il nous sera facile de faire entendre comment cette maladie comprend des types distincts sans cesser d'être elle-même; quelle part, dans la diversité de ses formes, revient à son essence, quelle part à la susceptibilité individuelle; de quelle manière, sous ces influences combinées, les types s'engendrent, les variétés s'établissent, les transitions s'opèrent.

Ainsi, dans le vaste règne organique, on voit les espèces, distinctes dans leur forme par d'immuables lois et d'infranchissables abîmes, se rapprocher cependant dans la chaîne des êtres, — sous l'influence de circonstances diverses, telles que le climat, la culture, la domestication ou des sélections répétées, — par une dégradation harmonieuse de types dont la variabilité n'exclut point la constance. En vertu des lois supérieures dont nous ne pouvons méconnaître la haute sagesse, l'homme n'a point d'empire sur les caractères essentiels des espèces ou des sexes. Sa puissance ne peut

(1) Tessier, *loc. cit.*, p. 336.

s'exercer que sur les races ou les variétés : privilége encore considérable dans ces limites, car les variétés sont pour ainsi dire infinies. Et lorsque l'observateur veut contempler en détail les faits de la nature, — dans l'ordre des essences morbides, comme dans celui des essences naturelles, — il s'arrête confondu devant la richesse merveilleuse des variations compatibles avec l'unité permanente.

Arrêtons-nous. Peut-être avons-nous trop longuement insisté. Cependant il nous a paru indispensable, pour ne pas encore augmenter la confusion, de définir nettement tous les termes des questions en litige, et pour cela de rappeler, dans leurs immédiates applications, les principes d'une doctrine médicale lumineuse et féconde, à une époque et sur un terrain où nous voyons trop souvent les pionniers de la science médicale s'aventurer sans guide et sans boussole à la poursuite des faits. C'est un grand labeur et une rare fortune d'échapper, dans ces circonstances, à d'inévitables naufrages sur les écueils de l'hypothèse, au milieu des mirages de la fantaisie.



DEUXIÈME PARTIE

DES FORMES DE LA SYPHILIS

CHAPITRE I

APERÇU GÉNÉRAL ET DIVISION

Considéré dans ses rapports naturels d'association et de succession, l'ensemble des phénomènes syphilitiques ne se résume point dans la dichotomie systématique de deux groupes distincts, ou, si l'on veut, d'une forme *infectante* et d'une forme *non infectante.* Leur analyse embrasse des divisions plus réelles et plus multipliées.

Ces divisions, que nous allons établir et passer en revue, ne sont que le reflet des différences fondamentales dans les évolutions naturelles de la maladie. Elles sont justifiées par les données les plus certaines et les plus légitimes de la tradition. Elles reposent sur l'observation clinique la plus rigoureuse. Nous pourrions, au besoin, les étayer sur le témoignage imposant des faits que nous avons recueillis avec le plus grand soin, pendant notre internat à l'hôpital de Lourcine (1) en 1844, dans le service de M. le docteur

(1) Ces faits, qui dépassent le nombre de trois cents, ont été recueillis sur des malades soumis à un examen journalier, en présence des

Cullerier, à une époque libre des controverses qui se sont élevées ultérieurement, et, par conséquent, dans un esprit complétement dégagé de tout intérêt comme de toute prévention dans le débat. Il serait pour le moins superflu de reproduire ici la plupart de ces exemples, qui ne diffèrent en rien, d'ailleurs, de ceux que l'on trouve partout, ou de rééditer ceux que nous avons déjà publiés en d'autres occasions ou pour d'autres besoins (1). Dans cette esquisse tracée à grands traits, en nous arrêtant seulement aux points qui méritent davantage notre attention, il nous suffira de citer quelques exemples pour motiver les distinctions qu'il importe d'établir.

La syphilis se transmet et se développe par *contagion* ou par *hérédité*. De là, deux groupes de faits généraux, très-distincts non-seulement par le mode de transmission de la maladie, mais encore par les symptômes, les lésions, la marche, la durée, la gravité, etc. L'un comprend la syphilis *acquise*, l'autre la syphilis *héréditaire*. Chacun de ces groupes, que M. Diday a très-judicieusement distingués dans la syphilis des nouveau-nés, représente une distinction fort naturelle qui doit s'appliquer à tous les âges.

Cette première distinction générique comprend diverses

élèves du service. Dans beaucoup de cas, ils ont été écrits, séance tenante et au moment même de l'exploration objective, sous notre dictée, par ces derniers. D'autres ont été observés à l'hôpital Saint-Antoine ou dans notre clientèle privée. Nous puiserons, au besoin, dans la riche collection clinique formée par F. Gabalda pendant son internat dans les hôpitaux Saint-Louis et du Midi, collection dont l'héritage scientifique nous est échu.

(1) Un certain nombre figurent dans notre Mémoire sur les *plaques muqueuses* (*Arch. gén. de médecine*. Paris, 1845), basé sur 284 observations, dont 102 nous appartiennent en particulier.

formes, qui constituent elles-mêmes des variétés importantes.

§ 1. La *contagion* syphilitique a pour caractère essentiel de se développer par voie d'inoculation.

La condition la plus favorable à l'insertion et à la pénétration de la matière contagieuse est sans contredit l'acte vénérien. L'allaitement est encore entre les nouveau-nés et les nourrices une cause banale de réciproque contamination. En quelque région de l'économie que siége la lésion productrice du pus virulent, ce dernier peut s'inoculer par le contact le plus imprévu et le plus accidentel, et provoquer l'explosion de la maladie chez toute personne qui s'y expose imprudemment, avec une facilité et une énergie en raison directe de la prédisposition individuelle d'une part, et de certaines conditions inhérentes au produit virulent d'autre part.

La bouche est, après les organes génitaux, la voie la plus fréquente de la contagion, non-seulement d'une manière immédiate par les embrassements et l'allaitement, mais par l'usage en commun de certains ustensiles de ménage, ou certaines habitudes de profession, comme chez les verriers. M. Rollet a cité là-dessus de très-curieux exemples.

Les divers instruments de chirurgie ont servi plus d'une fois à cette contamination involontaire (1). En revanche, les accoucheurs et les sages-femmes sont très-exposés à recevoir l'infection. Des vêtements d'origine suspecte ont pu la communiquer également à des vieillards. Bien que son très-ordinaire et très-actif pourvoyeur, l'acte vénérien n'est donc pas, à beaucoup près, la porte d'entrée exclusive de la syphilis.

(1) Les journaux ont rapporté récemment des faits de contagion syphilitique opérée par le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Les accidents syphilitiques *acquis* revêtent, dans nos climats, — chez l'adulte, pris pour type, — l'une des formes suivantes :

Forme bénigne,	ou syphilis *simple*,
Forme maligne,	syphilis *phagédénique*,
Forme grave, ordinaire,	syphilis *confirmée*.

Ces formes acquises, définies par l'intensité des accidents et la diversité des évolutions de la maladie, remontent aux premiers temps de la tradition. Elles sont déjà nettement aperçues par Gabriel Fallope : « *Gallicæ cariei* tria *sunt genera. Unum est quod continet cariem* benignam, *gallicam tamen. Secundum* mediocrem *includit. Tertium est quod habet* malignam *à quo Deus omnes fideles christianos liberet.* » Après avoir donné les signes de ces trois catégories, il ajoute : « *Has species oportet distinctissime cognoscere et diligentissime tractare; benigna enim moderate tractamus, et non timemus. Et de duobus reliquis formidandum de varia infectione* (1). »

Nous verrons, en effet, que les signes diagnostiques et pronostiques, comme les indications thérapeutiques, varient suivant les formes de la maladie. Il serait facile de citer encore d'autres témoignages, pour montrer la banalité même de cette division, dès les premières descriptions traditionnelles de la syphilis ; mais il est juste de reconnaître que, circonscrit à l'ulcération primitive ou au virus, au lieu d'être appliqué à l'ensemble des accidents morbides, le sentiment de cette distinction n'avait point encore reçu son extension nécessaire. La doctrine de l'essentialité des maladies en pouvait donner seule la formule scientifique et en faire jaillir ses conséquences pratiques multipliées.

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 814.

§ 2. Transmise par *hérédité*, la syphilis se présente sous deux formes différentes :

La forme *congéniale* des nouveau-nés ;

La forme *héréditaire* des adultes.

§ 3. Enfin, s'il est vrai, suivant la juste opinion de Rosenbaum, de Halle, que « l'histoire d'une maladie est l'exposition génétique de son développement, de sa formation complète dans le temps, » il faut ajouter aussi « dans l'espace » avec le traducteur (1) de l'illustre historien ; c'est pourquoi nous aurons à examiner si l'épidémie du quinzième siècle et les diverses endémies observées dans certaines contrées ou campements géographiques ne doivent pas être rapportées à une forme particulière de la maladie syphilitique.

Ainsi, voilà six formes distinctes dont il importe d'établir les caractères nosologiques.

Commençons par exposer les cas les plus simples ; ils nous conduiront successivement par les nuances progressives aux cas les plus compliqués.

CHAPITRE II

DE LA SYPHILIS SIMPLE, OU BÉNIGNE.

Caries benigna (Fallope), *mitis* (Bernardin Tomitano); *ulcusculum benignum* (Alex. Trajan Pétrone); *chancres*

(1) M. Daremberg.

simples ou *bénins* (des auteurs) ; *chancroïde* (Clerc) ; *chancrelle* (Diday). On pourrait peut-être donner à cette forme le nom de *venerola vulgaris* — employé par Evans (1), mais avec une autre signification, — qui mériterait d'être conservé.

Cette forme offre une grande simplicité dans ses phénomènes, une certaine rapidité dans ses évolutions, une véritable bénignité dans son génie, la plus complète activité dans son pouvoir contagieux. Son domaine ne s'étend pas au delà du voisinage de sa première insertion. Elle a pour caractère le chancre mou, franchement suppuré, souvent multiple, souvent aussi escorté du bubon aigu.

Gabriel Fallope caractérisait la *caries benigna*, c'est-à-dire le chancre bénin, de la manière suivante : « *Signa* cariei benignæ *sunt : primum enim suboriuntur pustulæ quædam parvæ et candidæ quæ quidem non excedunt crassitiem unius grani panici minimi, pustulæ erumpunt. His ruptis remanet ulcusculum rotundum, in medio habens punctum candidum, penetrans, aliquantulum simplex, vel duplicatum : aliquando tota corona glandis inficitur hujus modi ulceribus, quandoque simul copulantur, et ex duobus, vel tribus, vel quatuor unum fit ita ut si veluti linea cingens, et coronans glandem; ista est sine dolore; levis et moderatus pruritus; facillime cedit medicamento* (2). »

Si simple qu'elle soit, cette forme peut offrir divers *degrés*.

Le degré le plus léger est le suivant. Dès les premiers jours après l'époque de la contagion, et dans la localité de l'insertion virulente, il se développe un ou plusieurs chancres dont le nombre peut augmenter successivement. Ils débutent soit sous forme d'érosion superficielle, soit de vésicule,

(1) Evans, *Pathol. Remarks on ulcerat. of the genit. org.*, 1819.
(2) *Loc. cit.*, p. 814.

soit de pustule ecthymateuse, de petit tubercule furonculeux, aboutissant à l'ulcération plus ou moins arrondie, toujours *molle*, à fond grisâtre, à bords dentelés, taillés à pic, etc., etc. Ces ulcérations s'entourent d'une auréole sombre, s'élargissent, se confondent souvent par leur circonférence, présentent un peu d'engorgement inflammatoire, suppurent, et au bout de cinq à six semaines, finissent par se cicatriser spontanément, sans que l'on voie se manifester aucun autre vestige morbide. Les ganglions correspondants n'offrent eux-mêmes dans ce cas *aucun retentissement* sérieux ou même appréciable, sous l'influence de ces chancres souvent multipliés, ou s'ils se tuméfient on les voit présenter les caractères du bubon peu douloureux ou même *indolent.*

Dans ce degré, il n'est point rare de voir les chancres figurer des ulcérations herpétiques dont il est parfois assez difficile au premier abord de les distinguer. J'en donnerai pour exemple l'observation suivante, qui offre, malgré sa simplicité apparente, quelque intérêt sous plus d'un rapport.

OBSERVATION I. — Syphilis bénigne : *Chancres mous, herpétiques, sans engorgement ganglionnaire.*

Au commencement du mois d'août 1845, une jeune fille, qui m'est adressée à l'hôpital Saint-Antoine, porte à la surface des grandes et des petites lèvres et dans leurs replis une myriade d'ulcérations arrondies, à fond grisâtre, à bords coupés à l'emporte-pièce, quelques-unes comme une petite lentille, mais la plupart dépassant à peine la dimension d'une tête d'épingle ordinaire ; quelques-unes sont irrégulières et confluentes, aucune n'offre le moindre caractère d'induration. Cette éruption ressemble entièrement à des ulcérations d'herpès.

On ne peut savoir si elle a eu lieu d'emblée ou successivement, ni à quelle époque, la malade ne s'en étant pour ainsi dire aperçue qu'à un peu de prurit et de démangeaison.

Cette jeune fille, d'une bonne santé, blonde, lymphatique, a eu quelque temps auparavant une blennorrhagie avec végéta-

tions, et ulcération du col utérin — sans aucun symptôme de syphilis, — dont elle a été soignée à l'hôpital de Lourcine. Elle est sortie, après un séjour assez long, bien guérie. C'est après de nouveaux rapports assez fortuits qu'elle a contracté les accidents actuels dont elle ne paraît point suspecter et dont il serait difficile d'ailleurs d'affirmer nettement la nature syphilitique. Il n'existe aucun engorgement quelconque des ganglions de l'aine. L'utérus et le vagin n'offrent rien de particulier. Aucune trace chancreuse dans les régions voisines ou éloignées.

Pour tout traitement, lotions, bains et soins de propreté...

Ces ulcérations, après s'être agrandies en surface et avoir pris l'aspect plus manifestement chancreux, se cicatrisent en quinze jours, sans présenter la moindre induration. Les ganglions correspondants n'ont jamais éprouvé de leur côté la moindre intumescence.

A la suite, nulle trace de syphilis consécutive.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de revoir cette jeune fille, mariée bientôt après, et qui n'a jamais cessé de jouir d'une excellente santé.

S'il pouvait rester quelques doutes sur la nature de ces chancres parce que l'inoculation, à l'aide de la lancette, n'en a point été faite, ces doutes seraient bientôt levés par cette circonstance que l'inoculation *naturelle* ne s'en était pas moins opérée déjà sur un élève des hôpitaux, trop confiant, malgré sa compétence personnelle, dans l'apparence innocente mais perfide de ces exulcérations. Cette confiance funeste ne tarda point d'avoir pour résultat, chez ce dernier, un chancre suivi des plus sérieux accidents de la syphilis confirmée (1).

Quelquefois la manifestation de la lésion a lieu par une sorte d'éruption successive.

OBSERVATION II. — Syphilis simple : *Chancres mous, figurant une éruption successive. Inoculation positive. Absence de bubon.*

Caroline Sigalerbe, vingt-trois ans, entre le 27 juin 1844 à Lourcine, salle Saint-Bruno, n° 6 (serv. de M. Cullerier).

(1) Nous donnerons à sa place le complément de cette observation.

Malade pour la première fois. Chancres depuis un mois avec écoulement blennorrhagique. Point de traitement. Ces chancres multiples, superficiels, petits, grisâtres, occupent le bord antérieur des grandes lèvres. Il en existe aussi un, plus étalé, sur la fourchette, en voie de réparation. La peau voisine est rouge et le siége de démangeaisons (bains, lotions simples).

Quinze jours après, les démangeaisons très-vives. Sur les parties génitales externes gonflées, le périnée et jusqu'au voisinage de l'anus, éruption de boutons d'un rouge sombre, de la dimension d'une lentille. Les jours suivants, on en voit naître d'autres, dans l'intervalle des premiers, qui s'ulcèrent au centre sans présenter de vésicule épidermique. En même temps que la périphérie s'élargit, l'ulcération centrale augmente. Cette éruption devient bientôt presque confluente et tout à fait semblable aux premiers chancres qui ne présentent d'ailleurs ni bords coupés à pic, ni induration. L'exhalation séro-purulente, inoculée par trois piqûres sur la cuisse, le 17 juillet, donne, au bout de trente-six heures, une vésico-pustule caractéristique, laquelle est cautérisée plusieurs fois. Les surfaces chancreuses, barbouillées au crayon, sont bientôt cicatrisées. Rien de particulier aux aines et sur le col de l'utérus. Sortie le 17 août.

Cette éruption de chancres mous, multiples, quinze jours après l'entrée de la malade dans le service, ne pouvait être le résultat d'une infection ultérieure. Était-elle due à l'inoculation directe des premières ulcérations? Leur nombre repousse cette supposition. Nous avons quelques raisons de croire que, dans la forme simple, l'activité de la même sphère virulente peut se manifester par plusieurs séries d'ulcérations chancreuses dans le voisinage du point primitif de l'insertion.

Voici un fait où l'inoculation successive, opérée par le sujet, présente un caractère moins équivoque. Il explique l'asile insolite que le chancre demande parfois à certaines régions où l'on ne s'attend guère à le rencontrer.

Observation iii. — Syphilis simple : *Chancres mous et solitaires de la vulve et de l'utérus; inoculation par mégarde au jarret. Absence de bubon.*

Sophie Tournul, dix-neuf ans, brunisseuse, entre le 20 février 1844 à Lourcine, salle Saint-Alexis, n° 25 (service de M. Cullerier).

Scrofuleuse. Affectée pour la première fois de maladie vénérienne. Depuis un mois, chancre unique à la commissure supérieure des nymphes, près le clitoris ; ovalaire, grisâtre, siége de vives démangeaisons. Rien aux aines. Ulcération chancreuse, circulaire, rougeâtre au col utérin.

Huit jours après le développement du chancre, un petit bouton est survenu au creux du jarret gauche. Aujourd'hui, trois semaines après son début, il se présente sous forme d'une ulcération arrondie, de la dimension d'une pièce de vingt sous, à bords taillés à pic, dentelés, légèrement renversés en dehors, à fond grisâtre, sanieux. Le pus de ce dernier ulcère, porté sous l'épiderme de la cuisse droite par la lancette, donne lieu à la formation d'un bouton ecthymateux caractéristique déjà le surlendemain; celui-ci ouvert, le pus est inséré à la cuisse gauche et s'inocule pareillement. Ces ulcérations, cautérisées trois ou quatre fois avec le nitrate d'argent, ont persisté assez longtemps, sans déterminer jamais toutefois le moindre gonflement ganglionnaire....

Le pus chancreux avait été transporté dans le creux poplité par les mains de la malade, ce qui résulte de ses déclarations.

Dans tous ces faits on ne trouve *aucune trace* de bubon. Voici maintenant un exemple de bubon *indolent* accompagnant un chancre mou :

Observation iv. — Syphilis bénigne : *chancre mou, bubon indolent.*

Catherine Grabin, vingt ans, couturière, entre le 16 novembre 1844, salle Saint-Bruno, n° 25, malade pour la première fois.

Elle porte : 1° Un chancre solitaire à la fourchette, inégal, peu circonscrit, grisâtre, superficiel, bords un peu végétants, cou-

pés à pic, sans dureté, et tendant à la cicatrisation. Il remonte à un mois de date environ (cautérisation, pansement au vin aromatique) ; 2° un engorgement de l'aine, unilatéral, gros comme une noix, un peu dur, uniforme, *indolent* (catapl.).

Le chancre, cautérisé à diverses reprises, reste mou et se cicatrise sans dureté vers le 15 décembre.

Le bubon augmente un peu de volume sans devenir douloureux (emplâtre de Vigo, le 6 décembre). Il entre en résolution et disparaît le 18 décembre. La malade sort de l'hôpital ne présentant plus aucun vestige de maladie.

Dans un second degré, avec les ulcérations précédentes apparaît l'intumescence *aiguë* des glandes lymphatiques voisines. Ce n'est point la pléiade qui s'engorge ; c'est, le plus souvent, un noyau superficiel, unilatéral ou bilatéral, qui s'enflamme. L'inflammation parcourt ses phases, se terminant quelquefois par résolution, souvent par suppuration, soit d'un côté, soit de l'autre.

Ici deux cas peuvent se présenter : — ou le bubon n'est qu'une *complication accidentelle* de la maladie, et alors, plaie simple en voie de suppuration, il parcourt ordinairement ses périodes avec plus de rapidité et ne fournit pas de pus inoculable ; — ou bien il se développe à titre de *symptôme essentiel*, et alors le bubon abcédé constitue un véritable foyer chancreux, plus étendu, plus rebelle à une prompte cicatrisation, et versant un pus virulent. Dans l'un comme dans l'autre cas, le mal est plus aigu, l'éréthisme vasculaire plus marqué, l'engorgement et le prurit de la partie plus sensibles, la suppuration des ulcérations plus franche et plus abondante ; le lacis des couches capillaires adjacentes sert de moyen de propagation au travail inflammatoire, qui, dans certaines circonstances, ne laisse pas que de faire quelques explosions, sous forme de petits abcès chancreux, sur le parcours du réseau.

Il serait superflu de présenter le moindre fait de bubon suppuré dans la syphilis bénigne, cette circonstance étant regardée comme la règle ordinaire dans l'espèce. Elle n'avait point échappé dès les premiers temps mêmes à N. Massa : *Et sequuntur apostemata inguinum quæ, si suppurantur, removent ægritudinem, maxime a principio.* Cependant, le bubon suppuré n'est point le satellite obligé du chancre simple. Il manque environ dans les deux tiers des cas.

Dans une troisième série de faits plus rares, la *gangrène* envahit les ulcérations chancreuses ou les bubons abcédés, peu de jours ordinairement après leur début ; dans ce cas, la mortification des tissus et l'élimination des escharres peut entraîner, suivant le siége, la destruction d'une partie plus ou moins grande du tissu cellulaire et de la peau.

D'autres fois, c'est la complication de l'*état diphthéritique* qui vient prolonger la période envahissante des ulcérations chancreuses, ou, au moins, ajourner leur cicatrisation.

Enfin, dans une dernière catégorie d'accidents, les chancres ou le bubon suppuré et virulent revêtent, — encore à titre de complication accidentelle, — l'*élément phagédénique*. L'ulcère rongeur n'a plus ici de formes ni de limites. Ses bords s'allongent irrégulièrement, se décollent, se découpent en languettes, envahissant de proche en proche, rebelles à la cicatrisation. Ce n'est plus alors pendant des semaines, mais pendant des mois, que l'on attend la fin de ce travail désorganisateur. Cependant il cède, dans les cas dont nous parlons, à l'influence d'une médication appropriée, après un intervalle de temps qui ne dépasse guère trois ou quatre mois. La complication phagédénique se déclare en général sur les chancres solitaires ; multiples, elle n'en frappe qu'un petit nombre, pendant que les autres suivent

leur cours ordinaire. Ici le phagédénisme ne constitue, à vrai dire, qu'un *degré accidentel*, restreint et passager.

J'en rapporterai une observation qui sera mieux placée dans un autre chapitre en raison des conclusions que l'on en peut tirer sous d'autres rapports.

Toutes ces variétés bornent là leurs symptômes et leurs complications. La cicatrisation des chancres et des bubons met fin à la maladie. Il n'y a pas d'autres poussées, encore moins de véritables récidives. Tout danger a disparu, pour le présent comme pour l'avenir.

Dans cette forme simple de la syphilis, le pus virulent, chancreux ou ganglionnaire, est extrêmement actif pendant toute la durée de l'ulcération. Il peut s'inoculer le plus souvent au malade lui-même un grand nombre de fois, — indéfiniment, disent les élèves de M. Ricord; jusqu'à saturation, suivant les syphilisateurs qui ont, à cet égard, poussé plus loin leurs expériences, — en reproduisant la variété d'ulcération d'où il émane. La contagion naturelle de l'individu affecté à un sujet sain reproduit généralement aussi la forme de la maladie. Mais de nombreux exemples démontrent que la syphilis simple, — et la plus simple possible, — chez un malade, est en puissance de développer parfois le chancre induré par la réinoculation sur l'individu même, — et, sur un autre organisme indemne d'accidents, la forme grave avec tous ses phénomènes les moins équivoques.

Cette forme est de toutes la plus fréquente. L'on comprend assez d'ailleurs qu'elle passe facilement inaperçue, surtout chez les femmes, ainsi que chez les hommes peu soigneux ou honteux de leur état, lorsque la bénignité des chancres ou l'absence du bubon suppuré se font les complices de leur silence et se prêtent à leur dissimulation.

La syphilis bénigne est surtout de provenance vénérienne.

Aussi est-ce particulièrement dans la région génitale que sont circonscrites ses lésions. Sur 202 observations analysées par Melchior Robert à l'hôpital du Midi, 188 fois les chancres siégeaient dans cette sphère accoutumée. Le même auteur les a trouvés 7 fois aux lèvres buccales, 4 fois à l'anus. A la tête, la présence du chancre mou est extrêmement rare, à ce point que plusieurs observateurs, dans ces derniers temps, parmi les élèves de M. Ricord, se sont crus autorisés à nier le fait de son développement dans ce lieu. Mais, ainsi que l'a fait observer M. Laroyenne (1), M. Ricord en citait déjà en 1838 (2) onze exemples. D'un autre côté, MM. Alf. Fournier (3), Hubbenet de Kieff, Rollet de Lyon, Puche, Buzenet, Nadaud des Islets (4), et Melchior Robert ont réussi à insérer l'ulcération simple dans diverses régions de la face. Mais il n'est pas moins vrai de dire que le chancre céphalique est le plus communément accompagné d'une plus ou moins forte induration et d'un engorgement ganglionnaire plus ou moins notable; et il faut bien reconnaître une sorte d'immunité particulière de la tête pour le chancre absolument mou (5).

A cette forme syphilitique acquise les adultes sont à peu près seuls exposés. Étrangers le plus souvent aux conditions

(1) Laroyenne, *Études expér. sur le chancre*, in Diday et Rollet. *Annuaire de la syph.*, p. 253.

(2) Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes ou Recherches sur l'inoculation*. Paris, 1838.

(3) A. Fournier, *Études sur le chancre céphalique*, 1852.

(4) Nadaud des Islets, *Inoculation du chancre mou à la région céphalique*, 1858.

(5) L'on a donné plusieurs raisons de cette immunité ordinaire; elles sont fort spécieuses. La texture anatomique de la tête ne peut être regardée comme un obstacle, du moment que cette immunité n'est point constante. Le fait est que, dans la contagion syphilitique naturelle (qui diffère au fond de l'inoculation expérimentale), l'insertion virulente à la région céphalique donne lieu habituellement à la syphilis confirmée.

habituelles de sa transmission, les enfants y échappent ordinairement. Il semblerait que, vu la virulence de ces chancres et l'extrême délicatesse de la peau, les nouveau-nés doivent nécessairement en subir la contagion, au passage, pendant le travail de l'accouchement : on n'en cite que peu d'exemples. L'on a eu l'occasion d'examiner de jeunes enfants, dont les mères récemment accouchées étaient atteintes d'accidents primitifs aux parties génitales externes, et jamais dans ces cas, on ne les a trouvés porteurs de chancres dans le délai ordinaire de leur manifestation. Bien plus, des accoucheurs des deux sexes ont pu recevoir la contamination de l'ulcère simple, — en pratiquant le toucher sur des femmes malades en état de gestation, et, au moment du travail, — sans que les fœtus en aient reçu l'atteinte (1). C'est encore un fait exceptionnel que la contagión de nourrice à nourrisson par le chancre mou ; cependant le fait existe. En avançant en âge, les enfants deviennent plus aptes à l'inoculation de la syphilis bénigne. C'est ce que les faits connus dans la science nous font induire, en voyant surtout les chancres simples et les bubons suppurés observés plus fréquemment après les premières années de la vie.

Les indications thérapeutiques sont généralement ici fort restreintes, le mal ayant dans tous les cas une tendance naturelle à la guérison spontanée en quelques semaines. L'art n'a point à intervenir activement dans les degrés les plus bénins. Les caractères aigus et même un peu douloureux de l'inflammation sont plutôt de bon augure. Cependant la

(1) La présence de l'enduit protecteur sur le corps des nouveau-nés est-il, comme on se plaît à le répéter partout, la cause qui les défend de la contagion au passage? On peut l'admettre pour une assez grande périphérie des téguments. Mais sur les lèvres, aux paupières et dans d'autres régions encore où l'enduit fait défaut, cette explication ne suffit point.

cautérisation est généralement employée en tout état de cause. Pratiquée dès le début, pendant les trois ou quatre premiers jours après l'éclosion du chancre, l'on a dit qu'elle pouvait faire avorter ce dernier. Nombre d'exemples confirment cette pratique, mais d'autres faits démontrent que dans beaucoup de cas le mal continue ses progrès. On est donc autorisé à tenter la cautérisation abortive, sans en attendre tous les bénéfices que certains syphilographes promettent aujourd'hui, et sans craindre les dangers que d'un autre côté lui reprochent ses adversaires : — avec B. Bell, celui de provoquer plus activement les bubons, — avec l'école allemande, celui de produire les accidents confirmés.

Ramener autant que possible le chancre et le bubon, quand ce dernier suppure, aux conditions d'une plaie simple, telle est l'indication ordinaire du praticien.

Par conséquent, l'état chancreux persistant, surtout avec gangrène ou diphthérie, pourrait provoquer telles ou telles médications correspondantes que l'usage conseille en pareilles circonstances.

Mais il ne faut pas perdre de vue les enseignements de la nature qui nous montrent un certain rapport inverse entre le degré d'intensité ou d'acuïté inflammatoire des lésions chancreuses ou ganglionnaires et le développement ultérieur des accidents constitutionnels : ce qui justifie plutôt l'emploi méthodique des caustiques et des topiques irritants.

Quant au mercure, son usage est ici contre-indiqué.

En résumé, la syphilis bénigne a pour attributs :

1° Une *incubation* généralement *éphémère* ;

2° Le chancre *mou* avec ou sans bubon *suppuré ;*

3° Le caractère *aigu* et inflammatoire des accidents chancreux et ganglionnaires;

4° Le pouvoir *essentiellement contagieux* du pus inoculable (sur les adultes);

5° La tendance naturelle et rapide vers la *guérison spontanée ;*

6° La *bénignité* (relative) de la maladie, bornée aux accidents locaux, et ne réclamant point l'usage du traitement mercuriel.

CHAPITRE III.

SYPHILIS PHAGÉDÉNIQUE OU MALIGNE.

Caries maligna (G. Fallope), *sæva* (Bernardin Tomitano); *ulcusculum pessimum* (Alex. Trajan Pétrone); *chancres malins*, *rongeants*, *cacoëthes*, *esthioméneux*, *ambulatifs* (des auteurs); *ulcères serpents*, *nomades* (Thierry de Héry) ; *phagédénisme*, *chancres térébrants* (modernes).

Pendant que l'*état phagédénique* peut se montrer accidentellement, à titre de complication et d'épiphénomène, dans la forme précédente, il constitue dans celle-ci le caractère *essentiel* des accidents. Dans le premier cas, l'ulcération dégénérée reprend, après un intervalle peu prolongé, ses tendances à la cicatrisation franche; dans le second cas, la marche *envahissante* de l'ulcère est interminable, *chronique*, ou, tout au moins, sa guérison définitive se fait attendre des années. Dans la première forme, il ne s'étend guère au delà du siége primitivement affecté ; dans la seconde, il est surtout *nomade* et voyageur. Là, l'économie ne paraît point se ressentir de l'influence de ce travail désorganisateur acci-

dentel ; ici, il est rare qu'il n'entraîne point le dépérissement des constitutions les plus fortes, parfois même l'*état cachectique* le plus avancé.

On a donné à ces ulcères le nom de *phagédéniques*, « parce que l'on a supposé que ce sont les mêmes, — dit Babington, — que ceux qui ont été décrits par Celse sous le nom de *phagœdena,* bien qu'on puisse mettre en doute (ajoute avec raison l'annotateur anglais de J. Hunter), l'exactitude de ce rapprochement. » Tantôt, c'est le plus souvent, ils s'étendent surtout en superficie ; tantôt ils creusent en épaisseur de manière à former des fistules ou même des clapiers plus ou moins étendus. Ils ne sont pas accompagnés d'induration, mais d'une sorte d'empâtement œdémateux de la peau à la périphérie, et, dans leur fond, de gangrène moléculaire et de diphthérie pultacée ou pseudo-membraneuse.

Prosper Borgurati a parfaitement décrit en quelques lignes ces ulcères syphilitiques malins : « *Maligna ulcera immenso dolore et perniciosa contagia serpunt, quæ ossa nudant, nervos destruunt, venas corrumpunt, plerasque corporis partes horribili tabe maculant et intolerabili cruciatu miserrime affligunt, molestissimeque devastant, tam exitiali pernicie, tam putrida fetiditate, ut nec tolerari, nec videri nisi cum horrore ab intuentibus queant, atque ipso ægroto vitæ odium optabili morte gignunt* (1).

Dans cette forme, de toutes la plus rare, l'aspect *serpigineux* constitue le caractère-type de l'ulcération. Elle débute ordinairement d'une manière insidieuse sous les apparences les plus simples. C'est le cas de dire : *Latet anguis in herba*. Il n'existe d'abord qu'un chancre assez insignifiant qui cicatrise même rapidement, lorsque survient à l'impro-

(1) Coll. Aloys. Luis., t. I, p. 1126.

viste l'engorgement ganglionnaire suppuré et phagédénique le plus rebelle. Rarement le chancre et le bubon sont frappés à la fois ; le dernier en est le siége plus fréquent que le premier. Quel que soit son point de départ, — ulcération primitive ou adénite suppurée, — l'ulcère s'allonge, ses lèvres s'amincissent, se frangent, se contournent, bordées d'un limbe diffus, sombre et livide ; le fond, mollasse, saignant, grisâtre, est parsemé de crêtes fongueuses, de détritus pultacés, et baigné, dans ses anfractuosités, d'une sanie de mauvaise nature. Quand il a acquis une certaine étendue dans tous les sens, il continue d'envahir les téguments voisins en superficie par plusieurs points de l'une de ses extrémités, tandis que, vers l'autre bout, il reste stationnaire, présentant même quelques lambeaux irréguliers de cicatrisation. C'est ainsi que, rampant de proche en proche par l'extension de ses bords sinueux et déchiquetés, et contournant sous forme de spires les régions sur lesquelles il est placé, cet ulcère sordide manifeste, tant dans sa marche que dans son aspect, le caractère essentiellement nomade et serpigineux. Pendant longtemps aucun obstacle ne l'arrête, aucune médication ne le modifie, aucun caustique ne le transforme. Il peut détruire en profondeur les tissus jusqu'aux os. Mais, le plus souvent, il s'étend, surtout en superficie, à partir de la sphère génitale, où il laisse d'irréparables mutilations, au pubis, aux flancs, au dos, à la cuisse, aux jarrets. Parfois, au milieu de l'une de ces migrations lentes et obstinées, quelques boutons charnus, allant à la rencontre d'une rive escarpée à l'autre, jettent une sorte de pont qui change le foyer primitif en ulcération géminée. Pendant que cet atterrissement intermédiaire s'élargit par les progrès de la cicatrisation établie solidement au centre, chacun des deux tronçons continue à l'autre extrémité avec plus de

vigueur la marche envahissante, se séparant de plus en plus dans leur direction opposée. On voit alors les deux ulcères voyageurs changer, d'une manière sourde et continue, de place et de forme. Par moments, la cicatrisation qui les poursuit d'un pas boiteux semble les atteindre : des bourgeons charnus en comblent le fond, les bords se rapprochent, il ne reste plus que quelques îlots à conquérir. Enfin, dans quelques cas même, les bords calleux se rejoignent, les fistules disparaissent, la couture cicatricielle semble complétement formée... Mais le mal, apparaissant de nouveau dans ses anciennes limites, corrode les cicatrices déjà formées, étend ses ravages ; et d'espoir en espoir, de déception en déception, les malades voient fuir les années, consumés par l'attente et la douleur, sans trouver aucun soulagement à leur misère.

Cette forme de la syphilis ne se caractérise pas seulement par la présence et les migrations de l'ulcère implacable. Les vives douleurs dont il est le siége, la suppuration intarissable dont il est la source, ne tardent pas à devenir une cause de troubles graves pour la santé générale, d'épuisement pour l'économie. Le teint pâlit, les tissus s'étiolent, le sang s'appauvrit, les forces languissent, les digestions s'altèrent, la nutrition se déprave, le corps s'atrophie. Il survient une fièvre erratique, des palpitations, de la dyspnée, diverses complications viscérales plus ou moins graves, le saignement des gencives, des hémorrhagies intestinales, des ecchymoses sous la peau, des éruptions pourprées, eczémateuses, des sueurs ou des diarrhées colliquatives, l'œdème malléolaire, etc., etc., en un mot, après des alternatives et des recrudescences variables, l'état cachectique le plus complet, qui ne laisse plus guère au médecin l'espoir de conserver la vie à ses infortunés patients. Cependant la guérison peut être

obtenue, dans beaucoup de cas, dans une période moins avancée de la maladie, après des années de souffrance, heureux encore quand ce n'est pas au prix de lésions définitives et cruelles, d'infirmités dégoûtantes ou d'irréparables mutilations.

La syphilis maligne, à peu près toujours vénérienne, a pour siége originaire assez constant la sphère génitale où elle exerce principalement ses ravages à l'extérieur, surtout quand elle a le chancre pour point de départ. C'est dans ce dernier cas qu'elle peut détruire le prépuce, décoller la peau des corps caverneux jusqu'au pubis, disséquer l'écorce du gland, perforer le canal, dépouiller les testicules, entraîner plus ou moins complétement la destruction des organes génitaux. Lorsque le chancre phagédénique siége dans la profondeur de l'urètre, on l'a vu s'étendre, dans une étendue variable aux régions membraneuse et prostatique, au col et jusque sur les parois de la vessie. On comprend que l'autopsie (1) seule a pu mettre en évidence ces derniers désordres qui ne sont guère longtemps compatibles avec la vie. D'autres fois le chancre phagédénique est térébrant, mettant à nu le tissu cellulaire, les muscles, les aponévroses, les os. Chez les femmes, il peut détruire les grandes lèvres, le périnée, faire communiquer le rectum et le vagin, ce dernier et la vessie, etc., etc.

Il est commun de voir un chancre seulement atteint de phagédénisme, pendant que les autres, ses contemporains sur le même sujet, se comportent comme des ulcérations simples et se cicatrisent rapidement ; de même avec des lésions chancreuses assez bénignes, on peut observer un bu-

(1) Voir deux observations rapportées par M. Ricord en 1832, et présentées à l'Académie de médecine pour démontrer l'existence des chancres *larvés*. (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 159.)

bon phagédénique étendu et rebelle : toutes circonstances qui font assez bon marché des explications que l'on a voulu donner de la forme phagédénique, attribuée par les uns et les autres aux conditions les plus opposées.

Suivant certains auteurs, le phagédénisme serait dû à des causes purement *hyposthéniques*, dans lesquelles on fait rentrer : — soit des maladies préexistantes ou concomitantes, telles que, le scorbut, l'anémie, la chlorose, la scrofule, la phthisie, les dartres, les fièvres paludéennes, les troubles divers des voies digestives, etc. ; — soit un état idiosyncrasique de débilité constitutionnelle ; — soit enfin l'influence de la mauvaise nourriture, des habitations malsaines, des travaux prolongés, des veilles, des excès, etc. Suivant d'autres médecins, au contraire, surtout parmi les Anglais, les causes *hypersthéniques*, telles que la pléthore, l'abus des stimulants, et particulièrement de l'alcool, favorisent plutôt le développement de l'état phagédénique.

Un assez grand nombre de praticiens, considérant la marche obstinée et maligne de cette forme syphilitique, ont cru devoir l'attribuer à la nature de la cause spéciale, à la plus grande intensité du virus. C'est, au contraire, à la faiblesse du virus que la rapportent les syphilisateurs. Suivant M. Auzias-Turenne, la cause prochaine du phagédénisme vient de ce que l'organisme produit sans cesse un pus virulent qui n'est pas assez fort pour augmenter sensiblement le *syphilisme* du sujet et mettre ainsi un terme à l'ulcération des tissus. Et par là l'ulcère n'est malin qu'à cause du peu d'énergie du pus qu'il sécrète (1).

Nous livrons ces contradictions étiologiques et pathogéniques à la sagacité du lecteur, ne voulant ajouter autre chose

(1) Auzias-Turenne, *Corresp. syphiliograph.*, 1860, p. 52.

sinon que, sans contester l'influence de certaines causes précédentes, nos observations ne nous permettent que d'en constater l'insuffisance pour nous rendre compte de la forme en question.

Celle-ci a d'ailleurs plusieurs *degrés*. Dans une première variété, la maladie peut se prolonger longtemps sans troubler la constitution, comme le prouve l'exemple suivant :

OBSERVATION V. — Syphilis maligne : *chancres, bubon phagédénique serpigineux, inoculation de ce dernier pus sur la malade par deux piqûres, suivie d'ulcérations simples ; persistance du bubon ulcéré pendant dix-sept mois.*

Le 24 février 1844, entre à Lourcine la nommée Vitry (Olympe), blanchisseuse, âgée de vingt-quatre ans, présentant trois chancres à la grande lèvre gauche et un ulcère assez étendu au pli crural du même côté.

Cette fille brune, d'un teint légèrement coloré, ayant les attributs du tempérament dit sanguin, paraît douée d'une bonne constitution. Aucune personne dans sa famille n'a été atteinte de maladie grave. Sa mère seule est morte à l'âge de cinquante ans d'une hydropisie.... Quant à elle-même, elle a toujours joui d'une santé excellente, et ne se rappelle pas avoir eu dans son enfance la moindre affection scrofuleuse ; réglée à dix-sept ans et très-régulièrement jusqu'ici ; occupée continuellement à son état de blanchisseuse, se nourrissant assez bien, et assurant ne s'être livrée à aucune sorte d'excès.

C'est à la fin de l'hiver 1843 que, pour la première fois, elle a eu des chancres avec un écoulement dont elle a été soignée au moyen d'une tisane de chicorée et de fraisiers, des pilules de copahu ; les chancres, peu nombreux, superficiels, ont été guéris en six semaines, après avoir été cautérisés. L'écoulement a persisté seul ; il n'y a pas eu de bubon.

Cinq ou six mois après, nouveaux chancres à la vulve. Elle entre alors dans le service de M. Cullerier, à Lourcine, enceinte de cinq mois, les chancres sont cautérisés par le nitrate d'argent, deux ou trois fois ; aucun phénomène successif ou secondaire ne s'est manifesté ; il n'y a point eu de traitement géné-

ral. Guérie une seconde fois, cette fille continue à se livrer à ses occupations journalières, pendant le temps de sa grossesse. Bientôt des douleurs prématurées se font sentir ; reçue à la Maternité, elle accouche d'un fœtus mort-né de sept mois et demi et qui paraissait parfaitement sain à l'extérieur.

Bien remise de ses couches, cette fille ne tarde pas à contracter la syphilis une troisième fois (nous l'avons questionnée mainte fois en vain sur la nature et le nombre des accidents syphilitiques que pouvait avoir la personne avec qui elle entretenait des rapports, mais elle ne sait rien de positif à cet égard....) L'époque de cette dernière contamination remonte au mois de janvier dernier. Deux chancres se montrent sur la grande lèvre gauche. Quelques jours après, sans cause pour elle appréciable, survient, à la partie supérieure de la région antérieure de la cuisse, une tumeur d'abord indolente qui s'accroît insensiblement de manière à acquérir au bout d'un mois le volume d'un œuf de poule au moins. En même temps des élancements se font sentir dans la tumeur qui devient douloureuse, tendue, enflammée (application de sangsues et de cataplasmes émollients), dont la peau bientôt violacée s'amincit, s'ulcère en plusieurs points par lesquels s'échappe une notable quantité d'un pus épais, blanc-grisâtre, sans odeur au moins bien marquée. Ces ouvertures, au nombre de trois, formées spontanément pour donner passage au pus, se sont bientôt réunies en une seule escharre de la dimension d'une pièce de un franc.... La fille Vitry, depuis peu de temps employée dans une manufacture de tabac, continuait à travailler, mais sans assiduité et surtout sans fatigue ; assise toute la journée, et ne se livrant jamais à aucun excès.... Les chancres persistant, la solution de continuité de l'abcès s'élargissant de plus en plus, quinze jours après l'ouverture de celui-ci, la malade entra à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons :

1° Sur la grande lèvre du côté gauche et à la face externe deux ulcérations chancreuses, arrondies, entourées d'un liséré d'un rouge assez vif, de la dimension chacune d'une pièce de vingt-cinq centimes, dont la base quoique dure ne présente pas la résistance particulière des chancres indurés, et dont la surface est recouverte par de petites lamelles jaunâtres adhérentes. Au-

dessous est une ulcération peu profonde, taillée à pic, molle et simple. Ces trois chancres sont situés à une distance d'un centimètre environ l'un de l'autre....

2° A la partie supérieure de la cuisse, dans sa région antérieure et un peu interne, est un ulcère vaste, profond, de sept à huit centimètres de long sur deux de large, parallèle à l'arcade crurale, au-dessous de laquelle il est placé à une distance de deux travers de doigt environ. C'est une excavation irrégulière, béante, anfractueuse, allongée, serpigineuse, dont le fond inégal, d'un rouge mêlé de tons cendrés et livides, présente dans certaines places quelques traces de bourgeonnement fongueux, pâle, mollasse, pultacé, saignant, mêlé à des détritus couenneux et à des escharres parcellaires, à tous les degrés de mortification. Une matière séreuse, ténue, mêlée de sanie et de lambeaux détachés, d'une odeur fétide, s'en échappe avec assez d'abondance. Les bords qui circonscrivent ce vaste ulcère, durs, amincis, décollés, sont irrégulièrement dentés, sinueux, renversés en dehors ; leur marge est empâtée, d'une coloration rouge terne; la demi-circonférence supérieure, plus décollée, va se réunir à l'inférieure sous un angle arqué, très-irrégulier. Cuissons vives dans les parties affectées. La malade ne présente aucune autre affection syphilitique à son entrée.

Février 26. M. Cullerier inocule le pus recueilli à la surface de l'ulcère phagédénique à l'aide d'une lancette, sous l'épiderme de la cuisse droite.

27. Le travail morbide de l'inoculation est manifeste. Entourée d'une auréole inflammatoire, s'élève une petite vésicule caractéristique d'inoculation.

28. La pustule est formée; on peut inoculer le pus qu'elle contient à la cuisse de l'autre côté, et elle est aussitôt cautérisée.

29. Nouveau résultat obtenu à la cuisse gauche, on se hâte de détruire la vésicule nouvelle. — Les deux ulcérations artificielles cautérisées encore plusieurs fois sont définitivement guéries le 6 mars. *Aucune*, par conséquent, *n'a pris le caractère phagédénique de l'ulcère qui a fourni le pus d'inoculation.* En même temps de larges cautérisations sont faites avec la solution de nitrate d'argent sur les chancres ; l'ulcère est pansé avec le vin aromatique.

7 mars. Pansement avec la *solution d'iode* dans les proportions suivantes :

Eau......................	12 parties.
Iode......................	5 —
Iodure potassique..........	2 —

Ce pansement détermine de très-vives cuissons ; il paraît en résulter d'abord une certaine amélioration; le fond se déterge légèrement, mais bientôt l'ulcère fait de nouveaux progrès.

— 20. Nouvelles cautérisations plus concentrées avec le nitrate d'argent. D'énormes doses de *calomel* sont employées en pansement, mais sans grands avantages.

Avril 15. La solution d'iode est de nouveau employée, tous les deux jours. Les douleurs sont extrêmement vives. La nuit, il y a des cuissons qui empêchent la malade de dormir.... Les progrès de l'ulcère marchent toujours avec rapidité ; de nouvelles mortifications se manifestent et creusent des sinuosités irrégulières, sous les bords de plus en plus découpés.

— 25. Simples cataplasmes de fécule sur l'ulcère qui continue d'offrir la plus grande tendance à l'envahissement. Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Mai 6. Solution avec l'*eau chlorurée* sans le moindre avantage. L'angle externe s'allonge parallèlement à l'arcade crurale.

— 28. Pansement avec *sublimé corrosif* et charpie sèche; un vestige de cicatrisation paraît se former à la partie moyenne, mais il est bientôt détruit. L'ulcère serpigineux poursuit sa marche à la partie interne de la cuisse, qu'il contourne en se rapprochant de la vulve. Les liquides exhalés sont toujours abondants, fétides et de mauvaise nature....

Juin 3. Après treize applications de sublimé, on panse simplement avec de la charpie sèche, en continuant toujours les cautérisations avec le nitrate d'argent ; les dimensions transversales de l'ulcère sont au moins doublées depuis l'entrée de la malade.

— 6. Le traitement *mercuriel* est entrepris.

— 24. Pansement avec une solution d'extrait de *ratanhia* et continuation du traitement mercuriel. Le bord inférieur de l'ulcère présente un liséré plus pâle, et quelques bourgeon charnus

vont à la rencontre du bord supérieur qui présente toujours, de son côté, le caractère envahissant.

Juillet 1er. L'ulcère atteint en dehors le niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure ; en dedans, il arrive presque à la grande lèvre ; le bord supérieur se renverse de plus en plus, et laisse au-dessous des sinuosités fistuleuses.

Cautérisation avec le *cautère actuel* porté à blanc.

— 8. Nouvelle *cautérisation* énergique et profonde avec deux bouts de feu, sans aucun bon résultat. Pansement simple, solutions d'eau chlorurée.

— 15. Un gramme d'*iodure de potassium* à l'intérieur. Continuation du traitement mercuriel.

— 25. Deux grammes d'iodure de potassium.

Août. Dans les premiers jours du mois, l'*eau de Barèges* fut employée en lotions et en pansements à la surface de l'ulcère et le traitement par l'iodure de potassium supprimé.

A la fin du mois, lotions et pansements avec une solution de *créosote* qui donne lieu à de vives douleurs quelques minutes après son application.

Quelques jours après l'emploi de ce dernier moyen, une amélioration soudaine et imprévue se remarque dans l'état de l'ulcère ; tout l'angle externe se recouvre de bourgeons charnus vermeils. La suppuration est plus louable ; chute des détritus pultacés. Réparation manifeste.

Dix jours après, toute la moitié externe de l'ulcère est, en très-grande partie, cicatrisée. De véritables îles de tissu inodulaire se forment au centre de l'ulcère. Le bord supérieur lui-même, si aminci et serpigineux, s'affaisse ; ses languettes, découpées et renversées, adhèrent au fond avec lequel elles se réunissent par une cicatrice solide. Enfin, cet ulcère sordide et dégoûtant marche rapidement vers une guérison que l'on a lieu d'espérer bientôt. Les ulcérations chancreuses de la vulve, toujours persistantes, de leur côté, sont aussi avancées. Les applications de créosote sont continuées avec le plus grand soin.

16 septembre. La cicatrisation s'étend avec rapidité ; il reste seulement quelques portions encore ulcérées sur la partie interne, ce sont celles des récents envahissements.

— 24. L'angle, les deux tiers externes et le bord supérieur sont

complétement cicatrisés. Quant au bord inférieur, dans la moitié interne, plusieurs points ne sont pas envahis par le travail de réparation et forment trois ou quatre petits ulcères, arrondis, séparés par des intervalles de cicatrisation assez espacés.... (créosote).

— 30. Ces derniers ulcères s'étendent les uns vers les autres. Les chancres de la vulve sont depuis quelques jours entièrement et totalement cicatrisés.

7 octobre. Les ulcérations partielles reprennent leur marche envahissante en tous sens. Les applications de créosote y sont faites minutieusement.

— 12. A peine si les parties ulcérées, agrandies, sont séparées les unes des autres par un petit liséré sain très-mince qui les entoure assez régulièrement.

— 15. Toutes les ulcérations se sont de nouveau réunies et occupent leurs anciennes dimensions. — La surface de l'ulcère a repris un aspect cendré, livide, saignant, inégal, boursouflé. Pansement avec la décoction concentrée de *feuilles de noyer.*

— 24. Progrès et douleurs vives. Aggravation successive. Bords de plus en plus déchiquetés et renversés....

7 novembre. Reprise d'une nouvelle cicatrisation progressive. Jusqu'à la fin de l'année, le bourgeonnement paraît et disparaît irrégulièrement.

A la fin du mois de décembre, l'ulcère est de nouveau découpé en quatre ou cinq petits départements chancreux, livides, serpigineux, s'étendant d'un côté, cicatrisant de l'autre. On continuait les pansements avec la feuille de noyer.

(A cette époque, je quittai le service, mais le collègue qui vint me remplacer voulut bien continuer le procès-verbal de cette observation, et je le résume d'après les notes très-détaillées qu'il a eu l'extrême obligeance de me faire tenir.)

30 janvier 1845. Depuis le 8 jusqu'au 25 janvier, le travail de cicatrisation a marché rapidement ; les plaques ulcéreuses avaient en très-grande partie disparu, mais, à partir de ce moment, le travail cicatriciel s'est arrêté.

1er février. Changement du traitement. Pansement avec le *vin aromatique.*

— 13. Amélioration considérable. Nouveaux îlots de cicatrisa-

tion. Les bords des ulcères partiels sont sans induration, et le fond de l'ulcération offre un aspect de très-bonne nature.

— 20. Les ulcérations paraissent stationnaires depuis quelques jours, après avoir éprouvé une notable diminution dans leur étendue. La malade soupirant après sa sortie et qui en avait presque fixé le jour se résigne à le retarder.

— 25. Les deux ulcérations principales augmentent d'étendue du côté interne et supérieur qui s'était cicatrisé, l'ulcération la plus interne est fermée ; en dehors il y a quatre ou cinq petits chancres qui ne changent pas d'aspect.

10 mars. Depuis une dizaine de jours, on cautérise avec le nitrate d'argent solide en continuant le pansement avec le vin aromatique. Et les ulcérations, au nombre de sept, diminuent d'étendue, les plus internes se ferment, et aujourd'hui il n'existe que quatre ulcérations dont les deux internes se cicatrisent, et dont les deux externes sont trouvées chaque jour un peu plus grandes sous la portion détruite par le caustique.

Le 17 mars, sur sa demande, on permet à la malade une sortie. Elle rentre à l'hôpital au bout de trois jours, c'est-à-dire le 20 mars ; le 25, la cicatrisation est complète ; 26, la malade sort guérie. Seulement quelques croûtes rougeâtres recouvrent la surface de la peau aux endroits correspondant aux dernières ulcérations.

Elle revient bientôt. Au moment de la sortie, à la partie la plus externe de la vaste cicatrice se trouvaient deux petites croûtes de la dimension d'une lentille chacune. La malade avait recouvert les parties avec une compresse pour éviter tout frottement, mais le lendemain, en enlevant cette compresse, les croûtes qui y adhéraient se détachèrent, laissant à découvert deux petites ulcérations qui s'agrandirent journellement malgré les pansements avec le vin aromatique, jusqu'au 5 avril, jour de sa rentrée à l'hôpital.

Le traitement nouveau a consisté en des cautérisations, faites chaque matin avec le crayon de nitrate d'argent, suivies de l'application de charpie imbibée de vin aromatique.

Le 15 avril, l'ulcère supérieur n'a pas varié dans son aspect ou ses dimensions ; quant à l'inférieur, il s'est allongé dans le sens vertical et présente un diamètre de trois lignes et demie ; mais

depuis quelques jours, le tissu cicatriciel a présenté plusieurs petites érosions, lesquelles se sont agrandies petit à petit jusqu'à se confondre par leur circonférence. Il en est résulté deux ulcérations elliptiques dont le diamètre suit une direction parallèle au pli de l'aine, dont il est séparé par un intervalle de deux doigts ; ces ulcérations ont de huit à dix lignes dans leur plus grande dimension, seulement la plus externe occupe un peu plus de surface.

Pansements avec le crayon de nitrate d'argent et la charpie imbibée avec la décoction de feuilles de noyer.

Le 12 mai, l'amélioration continue toujours avec quelques irrégularités. — Même pansement que précédemment.

La malade demande le 20 mai un congé qui lui est accordé. A sa sortie, elle portait alors deux petites ulcérations en bonne voie de cicatrisation, mais non encore complète. A la consultation du 31 mai, la guérison paraît enfin définitivement établie.

Pendant ces quinze mois de séjour que la malade a passés dans la salle Saint-Alexis (lit n° 33), sa santé n'a rien laissé à désirer ; son appétit a toujours été excellent, son teint vermeil, les voies digestives n'ont présenté aucun dérangement, le flux menstruel est resté normal et régulier.

Après cette observation, je crois devoir résumer les notes suivantes qui m'ont été remises par un jeune et intelligent officier de l'armée d'Afrique, sur un de ses anciens camarades, en traitement à l'hôpital du Val-de-Grâce, pendant l'année 1845.

Observation VI. — Syphilis maligne *remontant à cinquante-trois mois de date : chancres mous, bubon phagédénique serpigineux, ulcération géminée.*

M. N...., officier de chasseurs, est né en 1811. D'une constitution robuste, assez grand, teint frais et rosé, cheveux blonds. — Vers le 16 octobre 1840, après avoir eu commerce avec une négresse à Alger, il vit se déclarer un chancre sur le prépuce, qui fut traité d'abord par l'application de charpie mouillée, sans cautérisation. Trois semaines après le coït infectant se déclarè-

rent deux bubons aux aines : celui de droite, ouvert avec le bistouri, se cicatrisa assez rapidement ; celui de gauche, percé avec la potasse, n'eut pas le même sort, il manifesta presque aussitôt le caractère phagédénique. Le chancre disparut en quelques semaines spontanément.

Le bubon gauche, d'où ont procédé les accidents actuels, ouvert quinze jours après son apparition, fut recouvert de cataplasmes émollients. La plaie devint peu à peu très-vaste. A mesure que les décollements de ses bords se produisaient, ils étaient réséqués, ce qui n'empêchait point l'ulcère de grandir. C'est par sa demi-circonférence inférieure qu'il a progressé pendant que la cicatrisation s'établissait sur sa marge supérieure, contournant la cuisse en spirale, et gagnant vers le jarret.

A la fin de 1843, c'est-à-dire après plus de trois ans, la plaie toujours nomade se divisa en deux ulcères plus petits, situés l'un au-dessous de l'autre. Celui qui était placé au-dessus remonta vers la fesse, l'autre continua de descendre vers le genou....

Aujourd'hui, 6 mars 1845, — le premier de ces deux ulcères s'est réduit à la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Quelquefois même il a été encore plus petit, de manière à laisser croire à sa guérison ; mais il reprenait bientôt sa marche envahissante, changeant continuellement d'ailleurs de forme et de diamètre. — L'ulcère inférieur est plus étendu, très-superficiel, dentelé et décollé par en bas ; il est près du genou et tend toujours à descendre. — La partie cicatrisée est d'un rouge lie de vin, criblée de petits points noirs.

Le malade a subi sans résultat bien évident les traitements antivénériens les plus variés. Chaque année, il se rend à quelque source thermale : il a pris les eaux de Bourbonne, de Barèges. Son régime est bon, et l'appétit parfait. Trois ans avant l'infection actuelle, il avait eu des chancres simples dont il s'était guéri facilement. Ni à cette époque, ni depuis le dernier accident, il n'a vu survenir aucune trace de boutons, taches, pustules, chute de cheveux, etc.

Je trouve un fait de syphilis phagédénique, datant aussi de quatre années, observé par F. Gabalda, dans le service de M. Ricord :

OBSERVATION VII. — Syphilis phagédénique *datant de quatre années.*

B., âgé de vingt-cinq ans, entre le 23 mai 1845 à l'hôpital du Midi, salle première, n° 15 (service de M. Ricord).

Plusieurs de ses ascendants, grand'mère, mère et grand'tante, sont morts d'affections cancéreuses. Son père, sain mais d'une santé délabrée par les excès de boisson. Son frère bien portant, quoique dans sa jeunesse il ait eu quelques symptômes de phthisie. Sa sœur est sourde. Quant à lui, il n'a eu autre chose qu'un impétigo du cuir chevelu, avec des oreillons et quelques dartres farineuses de la barbe ; point d'engorgement strumeux. Son régime est bon d'ailleurs.

Il y a quatre ans, il a contracté deux chancres sur le prépuce et le frein (pendant cinquante jours pilules de sublimé, cautérisations tous les deux jours, pansements émollients). Dès les premiers jours, bubon qui s'ouvre un mois après, et devient bientôt fistuleux. Un nouveau médecin incise ces trajets, fait cesser le sublimé et le remplace par l'iodure de potassium.

Au bout de six semaines, une invasion pullulante de parasites nécessite des frictions mercurielles. Salivation abondante et ulcérations buccales. Néanmoins le bubon se ferme, sauf trois petits points fistuleux qui, loin de se prêter à la cicatrisation, recommencent à s'étendre jusqu'à acquérir chacun les dimensions d'une pièce de cinq francs (ce malade avait repris, après la salivation mercurielle, le traitement avec l'iodure, les pansements avec la pommade iodurée, le vin aromatique, etc.).

Troisième médecin qui fait suspendre la médication iodurée et revient au mercure (quarante pilules de protoiodure de mercure. Pansement avec le même médicament incorporé dans du miel). La cicatrisation reprend de nouveau, excepté dans deux points. Ces deux pertuis, au moment de disparaître, s'étalent de plus belle (encore vingt pilules de protoiodure qui amènent la salivation et que l'on est obligé de suspendre).

Pendant quatre ans, la marche de l'ulcère est restée avec les mêmes alternatives de rémission et de recrudescence, malgré les traitements les plus variés (bains de sublimé, pilules de Sédillot, de Plummer). Le malade a vu un grand nombre de médecins, est entré à la Maison de santé, enfin au Midi.

Au moment de son entrée, les deux ulcérations s'étaient rejointes et n'en formaient plus qu'une qui était descendue de l'aine vers la fesse et plus tard vers le genou. Elle occupait une étendue de dix centimètres en travers sur une largeur d'un centimètre sur la face antérieure de la cuisse, à la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Profonde, douloureuse, saignante; à bords nettement coupés, sinueux, mollasses; à fond grisâtre, pultacé, etc., etc.

10 juin. Large cautérisation avec la pâte de Vienne. Quinze jours après, chute en partie spontanée de l'escharre.

Le malade sort de l'hôpital le 5 août.

Dans une deuxième variété, quelques caractères de l'état cachectique peuvent apparaître, et cependant la maladie se termine encore par la guérison. Swediaur en cite un exemple.

Enfin, le troisième degré caractérise l'état cachectique plus ou moins avancé.

Le pus des ulcères reste pour ainsi dire indéfiniment inoculable au malade lui-même, au plus haut degré et sur le sujet sain. Il est donc plus longtemps contagieux que le pus du chancre simple; et comme ce dernier, dans certaines circonstances, il inocule aussi bien les bords; d'où le danger d'exciser les dentelures qui le festonnent habituellement : pratique dont le résultat est de faciliter ses progrès. Dans le principe, M. Ricord, — qui ne voyait dans la syphilis phagédénique qu'une déviation purement accidentelle du chancre simple tenant à quelque complication viscérale ou scorbutique, — n'admettait point sa transmission dans sa forme (1). Plus tard, au contraire, il a dit : « Si c'est à un chancre phagédénique que le pus a été emprunté, l'ulcération prendra le

(1) *Notes* à Hunter, p. 469.

caractère phagédénique (1). » Selon nous, l'une et l'autre opinion — prise d'une manière absolue — est une erreur. Il est des faits, d'une part, qui témoignent que le pus de chancres simples, inoculé sur un autre individu, a déterminé des ulcères phagédéniques, et dans l'observation V^e (2) que nous avons rapportée, l'inoculation du pus phagédénique n'a donné lieu sur le même individu qu'à des chancres simples. D'autre part, la syphilis confirmée a pu produire aussi, par l'inoculation des accidents secondaires, l'ulcération phagédénique. Nous reviendrons avec plus de détails sur ces questions dans la dernière partie de ce livre, en produisant les expériences qui peuvent en résoudre les difficultés. Pour terminer ce qui se rapporte au pouvoir contagieux, citons encore les erreurs que quelques auteurs ont voulu accréditer.

M. Sperino, de Turin, a prétendu que ce pus perd sa propriété d'inoculation dans les cas où le phagédénisme est intense; Benjamin Travers a écrit que cette forme morbide ne paraissait point contagieuse. Mais des exemples que l'on ne peut récuser infirment ces assertions.

Il est une remarque sur laquelle nous devons plus particulièrement insister, parce qu'elle soulève un point de vue nouveau, c'est celle qui se rapporte à la possibilité de certains accidents consécutifs. Babington déclare d'un côté que l'ulcération phagédénique est suivie d'accidents constitutionnels. Carmichaël attribue même à cette dernière les éruptions tuberculeuses et ulcéreuses devenant phagédéniques aussi, les ulcérations de la gorge, du larynx, de la pituitaire, les douleurs ostéocopes, la nécrose. Aujourd'hui,

(1) *Lettres sur la syphilis*, Paris, 1863, 3e édit., p. 215.
(2) Voir aussi quelques pages plus bas le résumé d'une observation de M. Ricord lui-même.

l'on refuse généralement au chancre phagédénique ce droit d'infection constitutionnelle. Et avec raison. En effet, ce qui est vrai, c'est que la *forme*, — non l'*accident* — phagédénique a pour caractère d'épuiser le plus ordinairement toutes ses évolutions dans une lésion unique, opiniâtre, reptante et ambulative, sans présenter les phénomènes secondaires, soit prodromiques, soit organiques, — si saillants dans la syphilis confirmée. — Mais cela ne veut point dire que la forme phagédénique ne s'accompagne pas parfois, à distance de la localité affectée, de quelques éruptions discrètes, mal ébauchées, de mauvaise nature — véritables lésions rudimentaires de ces accidents, — comme nous l'avons maintes fois observé. En voici des exemples :

Observation viii. — Syphilis maligne : *Chancres phagédéniques, deux tubercules cutanés.*

Joséphine Dubois, dix-neuf ans, couturière, entre à Lourcine, service de M. Cullerier, salle Saint-Alexis, 19, le 14 septembre 1844.

Santé médiocre, souvent malade ; a eu plusieurs hémoptysies ; n'a jamais eu d'autre affection vénérienne.

Deux mois avant son entrée, à la suite de relations habituelles avec un individu affecté de chancres, elle a vu survenir un gonflement notable et douloureux de la lèvre gauche. Entrée à l'hôpital Necker, l'on a constaté dans cette région un chancre qui a fait des progrès sensibles malgré l'emploi des cataplasmes, bains, etc., etc. De là on l'a envoyée à Lourcine.

A son entrée, la malade est enceinte de cinq mois. Toute la moitié gauche de la vulve, tuméfiée, livide ; au centre, ulcère arrondi, comme une pièce de cinq francs, d'un rouge sombre, parsemé de points noirs ; bords mal circonscrits, non décollés, reposant sur une base œdémateuse non indurée. Cette ulcération s'étend des grandes aux petites lèvres. Du même côté, à trois ou quatre lignes au-dessous de la précédente, ulcération plus petite, ayant les mêmes caractères. Il s'écoule un ichor roussâtre de leur fond. Douleurs parfois assez vives.

Depuis le début des accidents, il y a une céphalalgie frontale assez opiniâtre, — point de chute de cheveux, ni de ganglions engorgés à la nuque ou même aux aines. Rien sur le reste du corps qu'un bouton tuberculeux, arrondi, de la dimension d'une pièce de vingt sous, à surface d'un rouge grenu et siégeant sur la face palmaire de l'avant-bras ; il est entouré d'un cercle livide portant l'empreinte de squames ; sa base est dure et d'ailleurs mobile. — Il existe un autre bouton, ou pour mieux dire, une macule rougeâtre avec débris épidermiques, à la base du pouce de la main droite.

On panse d'abord avec la créosote les ulcères qui font des progrès, se réunissent en un seul, puis avec le cérat opiacé, le nitrate acide de mercure, la teinture caustique d'iode, etc., etc.

8 octobre. Un point rouge se manifeste à la partie inférieure de la vulve du même côté ; l'épiderme se détache ; la surface dénudée s'ulcère, et s'agrandissant peu à peu se réunit encore avec le foyer primitif qui occupe toute la hauteur des grandes lèvres ; ses bords se découpent, le fond se creuse.

A la fin du mois, nouvelle ulcération phagédénique à la partie inférieure correspondante de la grande lèvre de l'autre côté.

4 novembre. Les ulcères ne font pas de progrès. L'escharre, résultant de l'application du nitrate acide de mercure, se détachant, laisse à nu une surface plus merveille.

31 décembre. A l'époque où je quitte le service, quelques apparences de cicatrisation. — Les deux tubercules cutanés offrent à peu près le même aspect. La céphalalgie a disparu sous l'influence d'applications hypodermiques de sulfate de morphine.

Bien que cette observation soit incomplète, elle suffit à montrer que les symptômes qui ont accompagné l'ulcération phagédénique ne portent pas dans leur ensemble le cachet des symptômes dits constitutionnels.

Voici un fait inédit que je trouve dans la collection de F. Gabalda :

Observation IX. — Syphilis maligne : *Chancre phagédénique suivi d'éruption de quatre grosses pustules à la face.*

C., âgé de quarante-cinq ans, est entré à l'hôpital du Midi,

salle troisième, n° 14, le 8 novembre 1844, a toujours joui d'une bonne santé et n'avait jamais eu de maladie vénérienne jusqu'au mois de mars 1844, époque à laquelle il a contracté un chancre. Ce chancre a débuté par le frein et, à son début, il n'était pas plus gros qu'une tête d'épingle. Il est venu une croûte sur cette petite ulcération, et cette croûte a persisté pendant un mois ou cinq semaines. A sa chute, l'ulcération était beaucoup plus étendue et plus profonde (*pansement avec le vin aromatique et le cérat cyanuré, pilules de Sédillot, deux le matin et deux le soir, — sirop de Cuisinier*).

Lorsque ce traitement a été prescrit, l'ulcère avait pris une marche phagédénique ; ce caractère a persisté malgré le traitement qui a été continué jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle le malade est entré à l'hôpital. Le chancre occupait alors toute la face inférieure de la verge, depuis le frein jusqu'à l'angle péno-scrotal, et commençait à envahir sa face dorsale (*pansement avec le vin aromatique, puis l'extrait de ratanhia, la pommade cyanurée*).

19 décembre. La face inférieure de la verge a commencé à se cicatriser, mais en même temps l'ulcère a gagné vers la face opposée, et à la même époque tout le dos de la verge était envahi (*pansement avec la solution d'opium, pommade cyanurée, bains de son, d'amidon, eau d'Enghien*).

15 mars. La cicatrisation a commencé sur le dos de la verge, en marchant du gland vers la racine de la verge. Charpie sèche pour pansement.

Huit jours après, il est survenu sur le front deux pustules assez volumineuses qui se sont recouvertes de croûtes, puis trois autres, les jours suivants (une à la racine du nez, une au-dessus du sourcil gauche, une sur la lèvre supérieure). Les croûtes qui recouvrent ces pustules ont une épaisseur assez considérable (un demi-centimètre), sur une largeur de un centimètre de diamètre. Après la chute de ces croûtes, il reste une macule rougeâtre.

Pendant toute la durée du chancre, le malade a conservé un appétit assez bon ; la santé générale n'a pas été notablement altérée, mais le facies avait un aspect cachectique assez prononcé. Depuis que la cicatrisation a commencé et que le ma-

lade est soumis à l'eau sulfureuse d'Enghien, l'appétit a redoublé, les forces ont augmenté, la face n'est plus aussi pâle, elle se colore de plus en plus.

Le malade est sorti le 30 avril. Son chancre paraissait à peu près complétement cicatrisé ; deux pustules (de la racine du nez et de la lèvre supérieure) persistaient encore. — Il a promis de revenir dans quelques jours.

Le malade est rentré le 1er juin. Au moment où il a quitté l'hôpital, son ulcère phagédénique présentait deux ou trois points presque imperceptibles non encore cicatrisés. Durant le mois de mai, ces points se sont étendus et ont pris chacun une extension d'un centimètre carré. Les pustules de la face, loin de se cicatriser, ont fait aussi des progrès. Les croûtes qui les recouvrent sont devenues plus épaisses. La face a repris son aspect cachectique. — Environ huit jours après son entrée, le malade a été pris d'un rhumatisme articulaire aigu, général, très-intense, pour la troisième fois de sa vie. Ce rhumatisme (traité par le tartre stibié à haute dose) a duré environ quinze jours, se compliquant d'endocardite (vésicatoire sur la région du cœur ; potion avec la digitale et le colchique). Au bout de six ou sept jours, ces symptômes ont disparu, ainsi que les douleurs articulaires.

Pendant ce temps, le chancre phagédénique et les pustules de la face se sont complétement cicatrisés. Sortie le 25 juin.

Il est un fait du même genre, — rapporté *in extenso* (1) par M. Ricord, — ici résumé :

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans (entré le 9 mars 1833, salle 1re, n° 38) avec un chancre du prépuce et un bubon phagédéniques datant de cinq mois, et qui persistèrent, au moins le dernier, pendant dix mois encore. Tout le gland fut rongé, le méat urinaire mis à nu, le canal disséqué circulairement, les corps caverneux en partie détruits, etc., etc., « malgré les divers pansements employés, tel que le miel ioduré, le cérat saturnin, le vin aromatique, le cérat belladoné, la décoction concentrée d'opium, la solution de sublimé, la cautérisation au

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1838.



nitrate d'argent ou au nitrate acide de mercure, etc., etc. » Le septième mois à partir du début, quelques taches lenticulaires brunâtres, peu développées, qui disparurent promptement (néanmoins les pillules de protoiodure furent administrées); il n'y eut point d'autre symptôme plus caractéristique. Pendant le séjour prolongé que ce sujet fit alors à l'hôpital du Midi, trois fois, à des intervalles assez éloignés, l'auto-inoculation du pus phagédénique fut pratiquée et donna deux fois pour résultats positifs deux ulcérations chancreuses *simples*. La dernière fois, l'inoculation n'aboutit point. Il est à remarquer que, pendant toute la durée du traitement, la santé générale du sujet s'est assez bien maintenue...

On voit par là que ces symptômes ne ressemblent pas aux syphilides dont nous aurons à nous occuper dans la forme suivante :

Réfractaire aux ressources les plus variées de la thérapeutique, la forme maligne suscite de grands embarras au praticien. « La chose principale pour la cure, dit M. Ricord, est de trouver la cause qui donne cette marche défectueuse au virus syphilitique ; et cette cause, si souvent liée au *scorbut*, est fréquemment antipathique au mercure qui redevient puissant quand il ne reste plus à combattre que l'accident syphilitique pur (1). » Le praticien pourra chercher cette cause, mais nous devons le prévenir, pour éviter toute déception, qu'il ne la trouvera pas, le plus souvent. Cet *état scorbutique* n'est qu'un grand mot qu'on lâche à l'aventure pour se tirer d'embarras, mais il ne dénoue pas la difficulté réelle. La *phlegmasie des premières voies* est un autre épouvantail qui n'a guère ici plus de valeur. Ces indications sont illusoires le plus ordinairement.

Il n'est pas de moyens que l'on n'ait tentés et qui n'aient

(1) *Notes* à Hunter, p. 469.

tour à tour réussi et échoué contre la forme maligne.

Parmi les agents externes, les caustiques tiennent le meilleur rang. M. Ricord pratique des cautérisations profondes et fréquentes avec l'acide nitrique monohydraté, jusqu'à deux fois par jour; il se sert d'autres fois de la pâte de Vienne. M. Rollet doit au fer chauffé à blanc, dans des faits très-rebelles, des succès véritablement éclatants. C'est une ressource qu'il faut recommander, bien que son efficacité ne soit pas souveraine dans tous les cas. Le beurre d'antimoine, les pâtes arsenicales, l'éther, la créosote, le citron, la teinture de cantharides ont été employés empiriquement.

Parmi les médications internes, les préparations mercurielles ont été généralement nuisibles; l'iodure de potassium est sans résultat. Partant de l'idée que la forme des accidents est due à des causes hyposthéniques agissant sur la formation globulaire du sang, M. Ricord a employé le fer à haute dose (tartrate de fer et de potasse, 1 à 20 gr. par jour) et paraît s'être servi, avec quelque succès, d'une pommade avec le stéarate ferrique. Nous ne sachions pas qu'il soit arrivé ainsi à une médication méthodique; en tout cas, l'indication tirée de l'état du sang n'a rien ici de particulier, d'abord parce que l'on est loin de la constater toujours, ensuite parce que lorsqu'elle existe, dans la syphilis confirmée par exemple, ce n'est pas le fer qui est la base du traitement.

Nous ne voulons rien avancer, surtout sans preuves, pour notre compte, mais quelques faits nous autorisent à présumer que l'emploi méthodique de l'acide arsénieux, *intus et extra* (1), peut recevoir ici d'utiles applications.

—En résumé, la syphilis phagédénique reconnaît les caractères suivants :

(1) Voir une de nos observations rapportée dans la 3e partie.

1° La nature *maligne* et la marche *rebelle* des accidents, qui légitiment bien le vœu de Gabriel Fallope : *a quo Deus omnes fideles christianos liberet !*

2° Le type *phagédénique*, *nomade* et *serpigineux*. — *Serpit sævissimè*, disait de cet ulcère l'auteur que nous venons de citer ; *Mala cum molestia serpens*, écrivait Alexandre Trajan Pétrone, ajoutant : « *Ideoque nomades a quibusdam appellatur*. » Ces chancres, Thierry de Héry les nommait *serpents*. D'autres ulcérations syphilitiques, dans la syphilis confirmée, prennent parfois ce caractère de reptation étrange ; mais le phagédénisme serpigineux est bien plus explicitement lié à la forme dont il est ici question.

3° L'*état cachectique de la constitution*. Benjamin Travers (1), qui doutait du pouvoir contagieux de cette forme d'accidents, admettait sans hésiter le caractère cachectique : il avait observé que les malades meurent dans « l'état typhoïde (2). » Peu importe l'explication que les auteurs donnent de ce fait : qu'ils l'attribuent à une maladie préexistante, au scorbut, au mauvais état des voies digestives, à l'abus des préparations mercurielles, etc., etc. ; leurs explications seules attestent ce caractère qui, cependant, n'est pas constant, surtout lorsque les malades parviennent à la guérison au bout de peu de mois ou même d'années.

La forme maligne n'a donc de commun avec la précédente que l'absence des symptômes qui appartiennent spécialement à la syphilis confirmée.

(1) B. Travers, *Gaz. méd.*, 1830, p. 365.

(2) Locution singulièrement vicieuse que l'on retrouve, aujourd'hui, à la place de l'ancien « état scorbutique, » pour désigner la plupart des cachexies. Voir la thèse de concours de notre excellent ami le docteur Milcent pour l'agrégation. (*De l'état dit typhoïde dans les maladies*. Paris, 1847.)

CHAPITRE IV

SYPHILIS GRAVE OU CONFIRMÉE

§ 1. — Ses évolutions.

Plus commune que la syphilis phagédénique, moins fréquente que la syphilis bénigne, type véritablement classique de la maladie, cette forme, la plus variée par ses évolutions, est aussi la plus compliquée tout à la fois par le nombre de ses symptômes et la multiplicité des controverses dont elle est aujourd'hui l'objet.

Nous lui rapporterons les dénominations de *caries mediocris* (Fallope), *sæva* (Bernardin Tomitano), *ulcusculum sævum* (Pétrone), *infection constitutionnelle*, *vérole*, *chancres infectants* (auteurs modernes).

Jean de Vigo est le premier qui distingue la syphilis *confirmée* et *non confirmée*, toutefois sans donner les raisons de cette importante différence encore un peu confuse. Elle est déjà un peu plus nette dans Gabriel Fallope. Pour ce dernier, les signes de la syphilis non confirmée sont : *levis lassitudo*, *dolor vagus*, *mutatio coloris*, *dolor in manibus et pedibus*, *somnus interruptus*, *mœror*, *febriculæ*, caries, bubo, *gonorrhea*. Suivent les signes de la maladie déjà développée et confirmée : *pustulæ*, *ulcuscula in pudendis* callosa, *uvæ mollificatio et raucedo vocis*, *tumores glandularum in faucibus*, *corruptio palati et dentium*, *corruptio ossium capitis et brachiorum*, *gummata*, *ulcera maligna*, *asthma*. On voit que cette distinction s'applique surtout aux périodes de la maladie.

Nous conserverons cette dénomination traditionnelle en

l'appliquant, non à la *période constitutionnelle*, mais à l'ensemble des symptômes et des lésions à partir du début même des accidents primitifs. Ainsi définie, cette désignation doit être exempte désormais de tout malentendu.

La filiation de ses phénomènes se déroule avec un luxe de symptômes et une régularité d'évolutions qui a de tout temps frappé l'attention des observateurs.

Déjà en 1620, un professeur de l'école de Montpellier, Varandal, divise la maladie en trois périodes : 1° période *commençante*, caractérisée par de petits ulcères, des pustules sur la verge, l'inflammation des parastates, les taches exanthématiques ; 2° période *confirmée*, ayant pour signes des éruptions pustuleuses à la tête, des ulcérations de l'arrière-gorge, la raucité de la voix ; 3° période *invétérée*, laquelle donne lieu à la corruption des dents, du palais, des os, du nez, etc., et à l'état cachectique (1).

Mais personne, peut-être, n'a plus fidèlement retracé les évolutions syphilitiques que déjà Thierry de Héry, dès 1552, dans ce rapide tableau :

« ..... Les symptômes, ou accidents conneûs de ceste maladie sont plusieurs : desquels les vns *précèdent*, le autres *suyuent*, les autres *suruiennent*. Ceux qui précèdent sont *ulcères* de diuerse nature en la verge, *ardeur d'vrine ou pisse chaude*, *bubons* ou *poulains* : lesquels seront dicts précéder, pour ce que encor qu'ils soyent équiuoques, et puissent aduenir, et non aduenir, sans, ou auec contagion d'icelle maladie, ont néant-moins (le plus souuent) accoustumé de les précéder, et seruir quasi comme d'ant-coureurs. Les autres, que nous appellõs suyuants, ou consequutifs, sont *pustules* et *vlcères* naissans partout le corps, principalement aux parties honteuses, au siége, à la bouche, à la gorge, à la teste, au front, aux émonctoires. Pareillement *cheute de poil*, communément dicte *pelade*, *douleurs articulaires*, souuent

(1) Varandal. *Tractatus de eleph. seu lepra, it. de lue venerea*, 1620.

mobiles, aussi mais peu souuent), *tophes* ou nodositez. Les derniers, que nous appelons suruenants, ou extraordinaires, qui naissent après les imparfaictes, et non curations (cause des récidiues) sont *douleurs fixes* de toute la teste, ou d'une partie d'icelle, des bras, des iambes ; principalement auec *nodositez*, ou souuent sont les *os cariez*, et corrompus, *vlcères virulents*, et *phagédéniques* communément dicts *ambulatifs*, *scissures*, ou *dartres* aux mains, pieds, et autres parties du corps, vice prouenant de chacune des concoctions, auec *marasmation* et *amaigrissement d'iceluy* (1)... »

L'évolution naturelle de la syphilis complète et régulière, ou confirmée, est tout entière dans ce simple aperçu. Les périodes, tracées aujourd'hui avec tant de précision par M. Ricord, à la suite de Hunter, et comprenant les symptômes *primitifs* et *successifs*, les symptômes *secondaires* et les symptômes *tertiaires*, sont groupées dans leur ordre et suivant leur hiérarchie par l'auteur du seizième siècle. Nous pourrions nous contenter, à bon droit, de ce tableau. Cependant, sans entrer ici dans des détails qui dépasseraient de beaucoup les bornes de ce travail, les progrès séméiotiques, d'une part, qui se sont incontestablement accomplis, et, d'autre part, les controverses encore pendantes, nous obligent à pénétrer plus avant dans les évolutions des principaux symptômes appartenant à cette forme de la syphilis.

1° Symptomes primitifs.

Le phénomène primordial de la maladie est l'ulcération chancreuse. C'est l'exorde obligé de toutes les formes acquises de la syphilis :

(1) Thierry de Héry, *La méthode curatoire de la maladie vénérienne vulgairement appelée grosse vairolle, et de la diversité des symptômes.* Paris, chez Jean Gesselin, tenant boutique sur le Pont-Neuf, 1634, p. 132. — La première édition est de 1552.

1° Dans le cas où la contagion est causée par le chancre primitif, comme il arrive le plus souvent à la suite d'un rapprochement sexuel suspect, il se manifeste, après une incubation assez variable, généralement de plusieurs jours à plusieurs semaines, aux points contaminés, une ou plusieurs ulcérations qui, dans la plupart des circonstances, ne diffèrent pas tout d'abord des chancres de la syphilis simple. C'est, en général, une rougeur circonscrite, bientôt papuleuse ou pustuleuse, ou même une érosion superficielle, qui ouvrent la scène pour aboutir promptement, dans tous les cas, à l'ulcération chancreuse. Érosion ou papulation, on ne saurait dès le principe pressentir uniquement, d'après les caractères primitifs du chancre, ses phases ultérieures et surtout les différences que doit comporter le développement successif des accidents.

2° Lorsque le chancre a pour point de départ la contagion d'une lésion syphilitique secondaire, l'économie semblerait se préparer à la manifestation des accidents par une incubation plus prolongée. Rarement la lésion locale éclate avant la fin du deuxième septénaire, et généralement elle n'apparaît qu'à la quatrième semaine. La première altération consécutive à ce mode de transmission se fait toujours au point unique où l'inoculation a lieu, et elle reste longtemps limitée à ce même siége. Le premier phénomène qui se manifeste après la rougeur passagère de la peau est une petite papulation ou même un bouton tuberculeux qui s'ulcère en passant, ou non, par l'intermédiaire d'une pustule. L'ulcération commence par le centre de la papule, qu'elle envahit peu à peu en totalité ; et le chancre est alors en plein développement.

Quoi qu'il en soit, l'affection primitive, sous forme d'ulcération chancreuse, est fréquemment solitaire à la base du

frein chez l'homme ou à la fourchette chez la femme; mais il n'en est pas toujours ainsi, et soit qu'elle s'inocule d'elle-même sur les parties voisines, bien que l'on ait prétendu à tort le contraire, soit pour toute autre raison, rien n'est plus commun que d'en voir un plus ou moins grand nombre se grouper d'emblée ou peu à peu dans la localité affectée.

Solitaires ou multiples, ces chancres peuvent rester longtemps très-petits, figurer une exulcération herpétique, atteindre à peine, par exemple, le volume d'un petit pois; ils sont peu douloureux, souvent à peine remarqués des malades, plus ou moins superficiels et à suppuration médiocre. Cependant on en voit aussi s'étaler rapidement, prendre une forme allongée, irrégulière, se confondre les uns avec les autres, se creuser plus profondément, enfin, comme les chancres simples avec lesquels ils se confondent jusque-là complétement par la souplesse de leur base et de leurs bords, présenter toutes les complications déjà connues de l'état diphthéritique, gangréneux ou phagédénique, avant ou après la période des accidents successifs qui forme une phase à part dans leurs évolutions.

2° Symptomes successifs.

Deux de ces accidents sont relatifs aux chancres (1); ce sont :

1° La *transformation plastique* ou *indurée ;*

2° La *transformation condylomateuse* ou *plaqueminée.*

3° Le troisième est relatif au bubon : c'est la *pléiade ganglionnaire.*

(1) En décrivant l'induration et la transformation du chancre parmi ses accidents successifs, nous dérogeons avec intention aux errements ordinaires, pour nous en tenir à la filiation directe des symptômes, c'est-à-dire à l'ordre naturel de leurs rapports d'association et de succession.

1° La *transformation plastique* ou *indurée* du chancre se montre rarement avant le milieu ou la fin du second septénaire, à partir de la lésion initiale. On l'a vue cependant dès le troisième jour, et d'autres fois à des échéances beaucoup plus éloignées, après six semaines ou deux mois, par exemple; mais, ordinairement, c'est du douzième au quinzième jour.

Tout le monde connaît la description classique de Hunter : « Il survient une dureté de la partie, qui d'abord est très-circonscrite, ne s'étend pas graduellement et imperceptiblement vers les parties voisines, mais qui finit plutôt brusquement. La base est dure et les bords un peu proéminents (1). »

Babington, son commentateur, a complété cette description fidèle : « Ainsi, l'induration environne l'ulcère de toutes parts; elle est à la fois au-dessous et autour de lui ; elle lui forme en quelque sorte un lit, en même temps qu'elle encadre son bord de manière à lui servir partout de moyen d'union avec les parties saines environnantes (2). »

Beaucoup de nos contemporains, qui attachent avec raison une grande importance à ces caractères, se trompent fort en supposant que ceux-ci n'étaient pas connus avant la description que le chirurgien de la Grande-Bretagne en a donnée dans la seconde moitié du dernier siècle. Il suffit de lire les premiers auteurs qui se sont occupés de la syphilis au XVIe siècle, et en particulier d'ouvrir la savante collection d'Aloys Luysini, pour voir signalée partout l'induration dite aujourd'hui huntérienne.

Déjà Aloys Lobera regarde ce symptôme comme un signe

(1) Hunter, *Traité des maladies vénériennes*, p. 229; 1787, trad. par Audiberti.

(2) *Ibid.*, trad. de Richelot, 3e édit.; 1859, p. 381.

certain de syphilis : « *Interdum in virga*, *nonnulla ulcera cum* duritie et callositate, *quæ sanari exactè nequeunt perpetitur, quod morbi gallici certum signum est* (1).

Gaspard Torella, en énumérant les différences des chancres, dit : « *Quinta* (*species*) *est ulcus cum* duritie, *et tale difficilè curatur* (2).

Pierre Mainard, de Vérone, a vu maintes fois ces duretés chancreuses : « *Quoniam nonnullos vidi habentes has pustulas induratas* (3). »

Jean de Vigo signale également la dureté calleuse qui entoure ces chancres ou pustules : « *Cum callositate eas* (*pustulas*) *circumdante* (4). » Ce dernier, il est vrai, place ce caractère parmi ceux de la syphilis non confirmée.

Nicolas Massa : « *Et sæpissime apparent ulcera virgæ quæ sunt mala cum* duritie callosa, *quæ tardè sanantur* (5). »

Gabriel Fallope est plus explicite ; il dit, en parlant de la syphilis confirmée : « *Secundo ulcuscula suboriuntur in pudendis* callosa ; » et il ajoute : « *Vel fiunt* callosa *quæ inceperant*. » Ce n'est pas tout. Le savant médecin anatomiste continue immédiatement et avec une certaine insistance : « *Quoties videtis sanatam cariem, et quod remanent* calli *circa cicatricem, tenete esse* confirmatum *gallicum. Ideo moneo vos ut hoc recordemini in curationibus quoniam* calli *illi sunt* manifestissima *et* demonstratissima *morbi confirmati signa* (6). » Ce témoignage est-il suffisamment clair ?

Faut-il citer encore Bernardin Tomitano, qui se demande,

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 370.
(2) *Ibid.*, p. 4.
(3) *Ibid.*, p. 390.
(4) *Ibid.*, p. 450.
(5) *Ibid.*, p. 46.
(6) *Ibid.*, p. 781.

en parlant des *pudendi callus* : « *Cur post cariem sublatam sequitur plerumque* durus *quidam* callus, *qui longo tempore perdurat* (1) ? »

Et Léonard Botal : « *Apparent autem tanquam prœludia ulcuscula statim in affecta parte... mox* duritie *aliqua circumventa in labiis* (2). »

Il semble même que Thierry de Héry ait eu la curiosité de disséquer ces callosités : « Tous praticiens méthodiques (dit-il) tesmoigneront que *le plus certain signe* en toutes pustules et vlcères est vne dureté en la racine... de sorte que les ayant curieusement disséquées, on les trouvera farcies d'vne matière gypseuse et blanche (3). »

Tout récemment (1861) M. Rollet marquait son admiration de ce que l'un des médecins du dix-septième siècle, Bazin, avait écrit tout un livre sur l'induration (*ergo ex carie pudendi* callosa cicatrix *syphilidis signum certissimum*) ; et le syphilographe contemporain d'ajouter : « Tant il est vrai que le bruit du présent n'est souvent que l'écho retentissant du passé (4) ! » Cela est vrai, mais d'après les citations précédentes, il doit voir que rien n'était plus banal que l'indication de ce signe dans la syphilis confirmée. L'étude de la tradition pourrait rendre plus modestes quelques observateurs de nos jours.

Peu de temps avant Hunter, notre J. L. Petit avait dit : « Le chancre, si bien qu'il soit traité, cause presque toujours la vérole, surtout s'il *durcit,* s'il reste quelque *dureté* après la cicatrisation de l'ulcère... ou enfin, si quelque *glande de l'aine* reste *dure* et plus grosse qu'elle ne doit être naturel-

(1) *Ibid.*, p. 1048.
(2) *Ibid.*, p. 867.
(3) *Ibid.*, p. 23.
(4) *Arch. de méd.*, 1861, p. 148.

lement (1). » Fabre, son élève, répétait les mêmes enseignements (2).

Voilà donc de suffisantes autorités pour juger la question et restituer à la tradition entière ce qui lui appartient.

Depuis Hunter, ce signe n'a pas été davantage, comme on l'assure, perdu de vue.

« En général, dit Benjamin Bell, le *vrai* chancre vénérien est à peine, à sa naissance, aussi large que la *base d'un pois coupé transversalement*, et ses bords sont élevés, *un peu durs* et douloureux (3). »

Et Swédiaur : « Mais le symptôme qui paraît être le *caractère spécifique* des ulcères syphilitiques est un certain épaississement ou une sorte de *callosité* des parties attaquées, qui les accompagne constamment (4). »

On pourrait citer d'autres témoignages encore, mais il n'est pas moins juste de reconnaître que c'est à M. Ricord que l'on doit aujourd'hui d'avoir précisé dans tout son jour la valeur séméiotique du signe en question.

Ainsi donc, le travail morbide — qui consiste dans la transformation plastique de la base du chancre — a toujours été regardé comme le signe irréfragable de la syphilis confirmée. Il en est également la caractéristique la plus précoce. De là la grande signification pratique de ce phénomène, qui, devançant tous les autres, permet à l'observateur de pressentir l'évolution des autres symptômes importants de la maladie et d'asseoir la base rationnelle du traitement.

L'induration de la base et des bords du chancre a pour

(1) J. L. Petit, *Traité des maladies des os*. Paris, 1758.
(2) Fabre, *Traité des mal. vén.*, 1773.
(3) *Loc. cit.*, t. II, p. 108.
(4) *Loc. cit.*, p. 358.

effet de soulever son fond, de le rendre moins excavé, de le modeler en godet plutôt qu'en emporte-pièce. Sa purulence diminue, et c'est peut-être à ce moment même que sa réinoculabilité au malade cesse le plus souvent... Tels sont les caractères nouveaux qu'il acquiert par le fait de l'induration. Mais ce phénomène pathologique présente en lui-même de singulières différences, depuis l'induration insignifiante, imperceptible, jusqu'à la dureté cartilagineuse, ligneuse, qui lui donne un relief si manifeste. Quoique, de l'un de ces points extrêmes à l'autre, on rencontre toutes les nuances possibles de dégradation intermédiaire, on peut distinguer quatre variétés d'induration :

A. L'induration *huntérienne* avec les caractères indiqués ci-dessus. C'est l'induration *calleuse* des anciens, le *callous ulcer* de Carmichaël, l'induration *chondroïde* de M. Ricord, *cupuliforme* de M. Langlebert ; — suivant M. Diday, le *vrai chancre ;* le *pseudo-chancre,* au contraire, de M. Auzias-Turenne.

B. L'induration *superficielle,* étalée, légère, dont l'ulcération est moins profonde, la dureté moins franche. Carmichaël la désignait déjà sous le nom de *patchy excoriation, ulcer with elevated edges without induration :* c'est l'*ulcus elevatum.* Comme elle donne la sensation d'une lame légère de carton que l'on presserait entre les doigts, M. Ricord l'a nommée *induration parcheminée ;* M. Bassereau, *érosion chancreuse ;* et M. Diday, pour varier, *érosion chancriforme.*

C. L'induration *annulaire,* de Wallace, qui consiste dans un bourrelet, sous forme d'anneau dessiné par l'induration de la circonférence du chancre, pendant que le centre reste mou et déprimé.

D. L'induration *cannelée* de M. Ricord, formée par une ulcération allongée à parois calleuses, etc., etc.

Cette lésion varie suivant le siége. Le chancre qu'elle double aux lèvres buccales est borné à une petite surface sèche, grenue ou croûteuse, tandis que l'induration seule a quelque relief. Que de méprises peut occasionner dans ce cas ce bouton insidieux !

Calleuse ou parcheminée, superficielle ou profonde, l'induration, loin de diminuer au fur et à mesure de la cicatrisation du chancre, augmente plutôt et persiste, pendant un temps plus ou moins long, après ce dernier. Sa durée est, en général, de plusieurs mois, mais on l'observe encore fréquemment après plusieurs années. M. Ricord l'a retrouvée après trente ans.

Quelque banal que soit ce phénomène dans la syphilis confirmée, il peut néanmoins faire défaut pendant toute la durée du chancre, sans aucun préjudice des accidents ultérieurs. C'est ce que l'on voit, par exemple, sur le col utérin, aux caroncules myrtiformes, à la marge de l'anus le plus souvent. Il arrive aussi que, sur trois ou quatre ulcérations disséminées à la fois sur le même sujet, une ou deux seulement présentent l'induration caractéristique, tandis que les autres en sont dépourvues, fait sur lequel nous aurons ailleurs à revenir.

Enfin, plus fréquemment, nous avons noté son absence absolue, surtout chez les femmes, où, de l'aveu de la plupart des observateurs, l'induration est plus rare que chez les hommes, au moins dans la sphère génitale ; car, à la tête, ce symptôme important reprend sur les deux sexes ses droits, et l'on pourrait même dire ses priviléges. Dans ce dernier siége, tout chancre est escorté habituellement de l'induration.

Quelles que soient ses variétés de consistance, — souple, incomplétement dur ou fortement induré, — le chancre,



avant de disparaître, peut aussi présenter, — quoique plus rarement, surtout chez les hommes, — la transformation suivante :

2° *Transformation condylomateuse* ou *plaqueminée*. Ce phénomène très-curieux, indiqué par M. Ricord, consiste dans la conversion du chancre en plaque muqueuse, transformation qui présente, d'après notre propre observation (1), les évolutions suivantes : « Au moment où le chancre entre dans la période de réparation, sa surface, de grisâtre qu'elle était, devient bourgeonnante et rouge de la circonférence au centre, de sorte que le centre est encore grisâtre et déprimé, tandis que la circonférence est déjà rosée. En même temps, l'auréole ou le cercle inflammatoire qui la circonscrivait devient plus manifeste et d'une teinte plus sombre ; on le voit s'étendre en largeur, se tuméfier légèrement et former avec la circonférence du chancre un disque périphérique, lisse, régulier, d'une coloration violacée, saillant au-dessus du niveau de la peau et de la dépression centrale. Ce phénomène marchant simultanément avec la cicatrisation chancreuse, il en résulte un disque plus saillant et plus large qui se recouvre d'une pellicule fine à la circonférence, tandis que le centre, non encore cicatrisé, reste déprimé, rougeâtre et même parfois grisâtre, ayant l'aspect véritablement chancreux... Enfin, l'élévation et la cicatrisation continuant à marcher de la circonférence au centre, les dernières traces du chancre primitif disparaissent peu à peu, et il en résulte la saillie granuleuse, régulière, recouverte entièrement de la pellicule membraniforme et qui constitue la

(1) A. Deville et J. Davasse, *Études cliniques sur les maladies vénériennes. — Des plaques muqueuses* (*Archives génér. de médecine*, octobre, novembre, décembre 1845, février 1846.

plaque muqueuse arrivée au dernier terme du développement... »

Dans ce cas, les plaques muqueuses, qui résultent de ce travail de conversion chancreuse, occupent la place de l'ulcération primitive ; elles sont en petit nombre et précèdent les autres poussées syphilitiques secondaires à peine de quelques jours. Ce travail est plus tardif et plus rare que celui de l'induration. Mais il a avec ce dernier des analogies singulières, l'un et l'autre pouvant être considérés :

1° Comme des *métaptotes* plus ou moins complètes du chancre primitif ;

2° Comme les *préludes* certains de la période dite constitutionnelle ;

3° Enfin comme les deux expressions *pathognomoniques* les plus originales, sans contredit, de la forme de la maladie.

La transformation *plastique* se manifeste surtout chez les hommes et la transformation *plaqueminée* chez les femmes.

La conversion du chancre en plaques peut se faire tardivement lorsque, ce dernier n'étant pas cicatrisé, les symptômes secondaires ont déjà paru ou commencent à se manifester.

3° Enfin l'*induration ganglionnaire.* L'engorgement des ganglions correspondants est « le compagnon obligé du chancre. » Peu de temps après que celui-ci est formé, les ganglions voisins augmentent, d'une manière sourde, de volume et de consistance. Ils se présentent sous l'aspect de petites tumeurs distinctes, groupées à l'état de *pléiade*, indolentes, dures, peu disposées à la suppuration. Cependant la terminaison par abcès chancreux de la coque ganglionnaire n'est point très-rare ; et, dans ce cas, l'ulcération phagédénique accidentelle du bubon suppuré s'observe quelquefois.



Quant aux inflammations et aux abcès du réseau capillaire intermédiaire aux chancres et aux bubons, ils sont moins communs dans la syphilis confirmée : toutes les lésions de cette dernière accusant généralement une acuité moins prononcée et tendant moins à la suppuration qu'à l'organisation proligénique et à l'induration.

La pléiade ganglionnaire survit au chancre. Très-souvent celui-ci n'est pas encore cicatrisé, ou son induration tout au moins persiste lorsque déjà couve dans l'ombre une nouvelle et plus copieuse série d'accidents qui ne vont pas tarder à faire explosion. Bien que n'étant jamais groupés tous ensemble sur les mêmes sujets, nous devrons les comprendre ici dans un même cadre : nous reviendrons ensuite sur leurs rapports naturels d'association et de succession.

3° SYMPTOMES SECONDAIRES.

La période secondaire comprend des symptômes très-variés, que l'on peut réunir dans trois groupes successifs sous le rapport de leur ordre habituel ; ce sont :

1° Les *prodromes ;*

2° Les *éruptions ;*

3° Les *lésions organiques* proprement dites.

§ 1.— Les *prodromes* touchent à la fois aux forces animales, vitales et naturelles. Ainsi, des *troubles dynamiques* plus ou moins accusés, plus ou moins inaperçus, atteignent d'abord le moral des malades en proie à une impressionnabilité et à une bizarrerie d'humeur insolites, à une tristesse sans cause, souvent même à un état d'anxiété profonde. Ils ont une inquiétude dont ils ne peuvent se rendre compte, de l'apathie ou du dégoût pour leurs occupations habituel-

lès. La nuit, le sommeil est agité, interrompu, non réparateur. Le jour, ils éprouvent une lassitude générale, de la courbature avec affaiblissement prononcé des forces musculaires. Le plus grand nombre ont des bourdonnements d'oreilles très-fatigants, de la dysphonie.

Un mouvement de fièvre obscur s'allume, caractérisé par quelques horripilations suivies de bouffées de chaleur, le soir, et souvent de sueur, la nuit; plus rarement des épistaxis, l'oppression, des palpitations et des bruits de souffle artériels et cardiaques, phénomènes qui, néanmoins, ont été signalés.

La face ne tarde pas à s'altérer, les cheveux à perdre leur brillant, à prendre un aspect terne et sale. Je les ai vus maintes fois se feutrer. La coloration des conjonctives est quelquefois subictérique. On a observé l'inappétence, les nausées, ou même la boulimie, parfois la diarrhée ; l'amaigrissement est plus ou moins sensible. Enfin, dans des cas exceptionnels, boursoufflement et ulcérations des gencives, taches ecthymotiques sous-cutanées, hémorrhagies viscérales, œdème susmalléolaire, etc., etc.

Unis ou isolés, quelques-uns de ces phénomènes se détachent plus fortement pour donner lieu aux *affections prodromiques* suivantes :

La *céphalée*, pressive, continue, exacerbante, parfois très-douloureuse, aux moments des *crises*, surtout chez les femmes ;

L'*alopécie*, s'étendant parfois à la plus grande partie du système pileux du corps, et qui est bientôt augmentée ou entretenue à la tête par les éruptions croûteuses du cuir chevelu. Elle diffère un peu suivant les sexes : chez les hommes, la dépilation faciale porte ses ravages dans les moustaches, les favoris ; les femmes voient tomber davantage

les cils et les sourcils, et perdent plus abondamment leur chevelure. La durée de ce symptôme se prolonge parfois pendant tout le cours de la période secondaire. « C'est par mois, non par semaines, qu'il faut compter le temps qui s'écoule à partir du *déboisement* jusqu'au *reboisement* complet de la tête (1). »

Pour montrer par un simple exemple l'intensité que présente parfois ce symptôme prodromique, nous donnons place ici à quelques extraits d'une observation fort caractéristique sous ce rapport, qu'un recueil périodique met sous nos yeux (2); il s'agit d'une jeune fille au début de la période constitutionnelle :

« Je n'avais pas vu M[lle]. B... depuis au moins deux ou trois mois. Ailleurs que chez elle, je ne l'aurais pas reconnue, tant elle était changée. Ses couleurs fraîches et rosées avaient fait place à un teint plombé ; il y avait un peu d'amaigrissement. Cette fille, vraiment belle, trois mois auparavant, était presque laide. L'expression de la figure et du regard avait quelque chose d'insolite dont on ne se rendait pas compte tout d'abord, mais que l'on s'expliquait à merveille en constatant l'absence presque absolue des cils, la disparition de plus des trois quarts des poils des sourcils et la chute de plus de la moitié des cheveux ; çà et là, le cuir chevelu présentait des espaces tout à fait nus ; les cheveux restés tombaient par la moindre traction.... »

L'*engorgement ganglionnaire*, existant à peu près constamment d'abord à la nuque, ou même à la région mastoïdienne ; et plus tard, — coïncidemment ou non avec des lésions de la gorge et des membres supérieurs, — l'adénopathie sous-maxillaire, axillaire, épitrochléenne, etc., etc.

(1) Diday, *Hist. nat. de la syphilis*, p. 107.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 4 juin 1864. Observ. rapportée par M. le docteur Douet (d'Angers).

Les *myodynies* caractérisées par une roideur douloureuse des muscles. On les a comparées à tort aux douleurs névralgiques et rhumatismales dont elles n'ont ni le siége, ni la mobilité, ni l'acuité. La contraction musculaire est seule douloureuse ; ce n'est qu'un état de gêne et de contention dans l'inaction. La myodynie est parfois très-étendue, elle se localise généralement, soit dans l'épaisseur des grands faisceaux musculaires du dos, de la poitrine, du deltoïde, du sterno-cléïdo-mastoïdien, où il se produit une sorte de torticolis, soit dans les attaches autour des articulations. Un des siéges les plus fréquents de ce symptôme est dans les muscles intercostaux et triangulaires du sternum. Cette dernière localisation a été signalée par les plus anciens observateurs comme un des signes les plus positifs de la syphilis confirmée. On retrouve ce symptôme à une époque encore avancée de la maladie ; et, en l'absence ou dans l'intervalle des autres manifestations, il peut devenir un indice séméiotique précieux. M. Brodrick l'a observé récemment à Madras sur un nombre considérable de sujets ; et il suffit à ce praticien de trouver vers le tiers inférieur du sternum un point donnant à la pression la sensation d'une douleur très-vive, non précédée de douleur spontanée, pour conclure sans hésitation au diagnostic (1).

Les *lésions du sang* (très-improprement appelées *état chloro-anémique*), qui consistent dans une diminution de la quantité de globules et une augmentation dans la proportion de l'albumine. Cette lésion tient évidemment sous sa dépendance quelques-uns des phénomènes dynamiques, tels que, la faiblesse, l'essoufflement, etc.

§ 2.—Les *éruptions* syphilitiques, connues autrefois sous le

(1) *Journ. de méd.*, t. XXXV, janv. 1864.

nom de *pustules*, sont désignées depuis Alibert sous le titre de *syphilides*.

Sous ce terme générique, les auteurs contemporains, à la suite de Biett, ont classé toutes les éruptions cutanées symptomatiques de la maladie syphilitique, en les distinguant d'après leur élément anatomique, suivant le système de Willan et Bateman : système excellent sans doute au point de vue anatomo-pathologique, mais insuffisant au point de vue nosologique. Ainsi l'on a créé arbitrairement une myriade d'affections à part, sous les noms de syphilides *exanthémateuse*, *papuleuse*, *squameuse*, *tuberculeuse*, *pustuleuse*, *vésiculeuse*, *bulleuse*, *maculeuse*, *ulcéreuse*, etc.

Or, cette distinction exclusive est, dans la pratique, vicieuse et illusoire. Sa précision apparente aboutit à une réelle confusion. Rarement une affection syphilitique se circonscrit à un seul élément anatomique pendant le cours entier de ses évolutions. Ainsi nous avons vu le chancre procéder par une tache erythémateuse, sur laquelle s'élève une papule surmontée elle-même d'une vésicule ou d'une pustule, pour se terminer par une ulcération. De même pour les syphilides, l'exanthème ne tarde pas, dans beaucoup de cas, à s'élever au-dessus du niveau de la peau et à prendre l'aspect de la papule ; celle-ci, se développant encore, passe à l'état de tubercule, ou, s'affaissant et se couvrant de lamelles épidermiques, à l'état de squame. La vésicule devient plus tard bulle ou pustule. « La pustule, dit avec raison le docteur Martins (1), n'est le plus souvent qu'un tubercule suppuré à son sommet, et elle trahit son origine par sa base rouge, indurée et saillante au-dessus du niveau des tégu-

(1) Martins, *Mémoire sur les causes générales des syphilides*, p. 14. 1838.

ments. » Enfin, la plupart de ces éléments se terminent par la macule, la squame ou l'ulcération.

Il n'est donc pas exact de reconnaître autant d'affections syphilitiques distinctes que de modifications anatomiques élémentaires appréciables, puisque ces dernières, loin d'être fixes, varient et se succèdent diversement, pour constituer un même état morbide ; et, en outre, que le même élément anatomique peut appartenir aux affections comme aux périodes les plus distinctes.

Pour se conformer plus fidèlement à la rigueur de l'observation et aux exigences d'une saine méthode, il serait à désirer que cette étude fût établie désormais au point de vue de l'ensemble des caractères et des évolutions qui distinguent chaque affection syphilitique, et sous une dénomination n'impliquant pas la préoccupation exclusive de l'élément anatomique seul.

Cette sage réforme a été entrevue et tentée par M. le docteur Bazin, en 1853 ; nul n'était plus propre que cet excellent et savant observateur à la conduire à bonne fin, s'il se fût dérobé plus complétement aux exigences de la méthode anatomique, dont il a si bien reconnu l'insuffisance en nosologie. Voici toutefois la classification proposée par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Les syphilides sont distinguées par lui en deux ordres : les *résolutives* et les *ulcéreuses*.

A. Le premier ordre forme trois sections :

La première section (*S. exanthématiques*) comprend les *S. érythémateuse*, *papuleuse*, *pustuleuse*, *vésiculeuse* ;

La deuxième section (*S. circonscrites*) renferme les *S. tuberculeuse*, *pustulo-crustacée*, *papulo-vésiculeuse* ;

B. Le second ordre forme une seule section (*S. ulcéreuses*) subdivisée en

S. puro-vésiculeuse, tuberculo-ulcéreuse, gommeuse.

Cette classification, qui a sans doute le grand avantage de correspondre aux époques chronologiques de la maladie, a l'inconvénient, à nos yeux, de multiplier les distinctions sans nécessité, par exemple les syphilides pustuleuses et pustulo-crustacées, les papuleuses et les papulo-vésiculeuses, etc., etc., et de retomber dans les errements que nous avons reprochés à la nomenclature de Willan.

Il y a là une lacune que nous avons essayé, pour ce qui nous concerne, de combler, au moins en partie, dans le travail fait en collaboration avec notre ancien collègue et ami Amédée Deville, sur les *plaques muqueuses*, en montrant que ce syndrome syphilitique, — placé, dans le classement anatomique en crédit, parmi les papules ou même les tubercules, — constitue une affection essentiellement définie et régulière, n'appartenant en propre ni à la peau ni aux muqueuses, siégeant tout à la fois sur les téguments externe et interne, parfaitement distincte des *papules* lichénoïdes et des *tubercules* cutanés, et donnant naissance par ses évolutions successives à des lésions multiples, telles que les rhagades, les condylomes, certaines masses végétantes, diverses ulcérations, etc., etc.

Comme sur la peau, les syphilides siégent sur les muqueuses, mais elles y sont moins accentuées et passent plus vite à l'ulcération. En tous cas, elles ne constituent point une affection essentiellement différente dans l'une et l'autre localité.

Les syphilides cutanées ou muqueuses ont pour caractères génériques : — la polymorphie de leurs éléments, — un module arrondi, — la teinte cuivrée, — la marche lente de leurs lésions, — l'absence ordinaire de prurit et de dou-

leur, — la symétrie de leurs manifestations, — tous caractères séméiotiques depuis longtemps signalés (1).

Ces éruptions présentent deux grandes séries ou deux époques : l'une *précoce*, la deuxième *tardive*.

Les syphilides précoces sont *généralisées* ou *circonscrites*. Parmi celles-ci se présentent surtout les *plaques muqueuses*, les *croutes du cuir chevelu*, la *couronne de Vénus*, etc., etc.; parmi celles-là, la *roséole*, la *varicelle* et le *lichen*.

Les syphilides tardives sont plutôt disséminées en groupes, en anneaux, en corymbes plus ou moins restreints ou multipliés. Elles ont pour éléments des pustules, des tubercules, des croûtes, des squames et des ulcérations fort souvent associés. Nous distinguerons les syphilides *cornée*, *tuberculeuse* et *ecthymateuse* en particulier.

Syphilides précoces.

En tête des éruptions syphilitiques et dans une catégorie à part, il faut citer l'affection suivante :

Plaques muqueuses. Comprises pendant les trois derniers siècles sous la dénomination confuse de pustules, ces éruptions furent groupées dans l'ordre anatomique des tubercules par les classificateurs modernes et désignées sous le nom de *tubercules muqueux* : désignation vicieuse sous tous les rapports, même et surtout au point de vue purement anatomique, — les véritables tubercules syphilitiques étant toujours placés dans l'épaisseur du derme cutané ou muqueux et le tissu cellulaire.

Le nom de *plaques* éloigne à juste titre tout parti pris

(1) On sait que Fallope a signalé la coloration *chair de jambon;* Nicolas de Blegny, la teinte *rouge-orange*.

de systématisation fondée sur l'élément anatomique, d'ailleurs, variable de cette affection. La désignation de *muqueuses* qui lui est ajouté ne signifie autre chose que l'aspect lisse, humide et la surface en quelque sorte épithéliale de la lésion et nullement son siége sur le tissu muqueux. Ce terme est généralement adopté aujourd'hui (1).

De toutes les éruptions syphilitiques, la plaque muqueuse est sans contredit la plus précoce. Elle succède parfois directement au chancre comme il a été dit. Le plus souvent elle se manifeste d'emblée, après la cicatrisation régulière de l'accident primitif.

Son siége le plus ordinaire est la sphère génito-anale. Sur 186 cas observés sur les femmes, nous avons trouvé,

(1) Cependant les novateurs se lassent de tout, et nos syphilographes modernes, plus que les autres, se plaisent à remettre continuellement chaque chose en question. M. A. Fournier et M. Diday voudraient bannir cette dénomination du lexique spécial, précisément parce qu'elle est très-simple et qu'elle ne préjuge rien sur la nature élémentaire de l'accident. Le dernier de ces deux médecins surtout trouve ce mot trop compréhensif, appliqué à des lésions d'un aspect parfois assez différent. Cependant il convient très-volontiers que la diversité de ces aspects tient à l'influence purement topographique de la région ; et, mieux que personne, il décrit en vrai clinicien, dans son dernier ouvrage, les variétés des plaques muqueuses suivant la localité affectée. Pourquoi, dès lors, ne pas tenir compte de l'unité synthétique qui embrasse les différences accidentelles de cette lésion et ne pas lui laisser la dénomination reçue qui exprime au moins cette unité? Dans un excellent travail sur la pustule maligne (*Gazette des hôpitaux*, 16 septembre 1863), M. Bourgeois, d'Étampes, dit avec juste raison : « En médecine, on peut affirmer sans crainte que les expressions les moins prétentieuses servant à désigner les maladies sont toujours les meilleures. Les classifications les plus rationnelles en apparence, ne tardant pas à être renversées par d'autres semblant tout aussi bien fondées, entraînent nécessairement avec elles le vocabulaire imaginé à grand'peine par leurs auteurs. » Si les *néo-syphililogues* entendaient la sagesse de ce précepte, ils ne réduiraient pas la plus grande partie de la science à l'étude de leurs pointilleux néologismes et de leurs dissensions puériles.

avec A. Deville, 174 fois cette localité affectéé; de là, les plaques s'étendent aux parties voisines, au scrotum, à l'anus, au pli de l'aine, à la partie supérieure des cuisses. On les observe encore dans le sillon de l'aile du nez, derrière les oreilles, à l'aréole et dans la rainure du sein chez les nourrices, à l'ombilic, dans l'intervalle des orteils et partout où la peau plus fine se replie et s'adosse à elle-même.

Elles sont arrondies ou elliptiques ; molles, saillantes de 2 à 5 millimètres au-dessus du niveau de la peau ; à bords tantôt nettement coupés, tantôt se confondant avec les téguments voisins ; à surface plane ou convexe, couverte d'une pellicule mince, lisse, exhalant un suintement plus ou moins abondant et fétide ; d'une coloration variable entre la teinte rosée et livide ; et d'un volume de 2 millimètres à 1 centitre 1|2. On les trouve discrètes ou confluentes ; dans ce dernier cas, elles représentent des masses plus ou moins volumineuses, mamelonnées, informes, exhalant un liquide purulent, occupant une étendue quelquefois considérable et donnant à la partie, où elles siégent, un aspect hideux.

Par leurs évolutions multipliées, elles constituent diverses affections, qui, sous des noms différents, ne sont que des apparences variées de la même lésion. Leur surface, par son bourgeonnement irrégulier, forme — tantôt des *végétations* analogues, soit à des tronçons cylindriques, soit à des crêtes de coq, — tantôt des languettes bombées ou fongueuses que l'on nomme *condylomes*, et qui siégent assez fréquemment sur l'ouverture anale. Souvent, au lieu de végéter, leur surface s'ulcère : il en résulte alors des *rhagades*, très-fréquentes à la marge de l'anus, et quelquefois au contour des ongles.

Au reste, les plaques présentent quelques différences accidentelles suivant les localités. Superficielles et ulcérées sur les

muqueuses, opalines aux lèvres buccales et aux amygdales; fissures à marge élevée sur les commissures ; saillies croûteuses à l'orifice des narines; granulations moriformes dans le sillon de l'aile du nez et du menton ; saillies mamelonnées à l'aréole du sein; condylomes à l'anus, rhagades dans les insterstices des orteils, etc., etc. Quelque variés que soient ces aspects, l'on retrouve toujours les caractères essentiels de la lésion qui en est le point de départ.

Cette éruption, en raison de sa précocité, a été regardée par quelques auteurs comme un des phénomènes primitifs de la syphilis confirmée. Mais elle n'est selon nous, dans ce cas spécial, qu'un phénomène successif du chancre. En outre, sa lésion a été confondue avec la papulation condylomateuse rudimentaire du chancre d'origine secondaire ; or la papule ou le condylome qui se développent parfois, originellement, à la suite de l'inoculation directe de certains accidents secondaires, ne tarde pas à représenter l'exulcération chancreuse et l'adénite indurée : double caractère qui fait perdre ainsi à la lésion sa similitude avec la véritable plaque muqueuse.

Les plaques peuvent se manifester, enfin, à toutes les poussées de la période secondaire, soit dans la même région, soit dans des localités différentes (1).

La *roséole* est, de toutes les syphilides généralisées, la plus précoce et la plus fréquente. Elle apparaît sur la poitrine et l'abdomen, puis de là sur les membres ; vague d'abord, et ordinairement inaperçue des malades, elle manque toujours à la face. Elle consiste en taches exanthématiques, plus ou moins arrondies, discrètes ou confluentes, à bord dentelé,

(1) Voir au chapitre de la Syphilis épidémique, dans la troisième partie, les aperçus historiques qui complètent ces renseignements.

d'un rose sombre. D'autrefois, au lieu d'être lisse, leur surface est granuleuse au centre, et offre un aspect piqueté. Enfin, dans d'autres circonstances, surtout quand l'exanthème se prolonge, il devient papuleux et offre l'aspect de macules chagrinées, ne disparaissant plus par la pression du doigt. A la différence de la roséole ordinaire, les syphilides roséoliques ont une marche lente et une durée assez longue; elles s'effacent peu à peu. Dans les derniers temps, les bains tièdes les rendent plus apparentes. Elles n'offrent que rarement de véritables récidives.

Le *lichen* est caractérisé par de petites saillies papuleuses très-circonscrites, tantôt coniques et présentant un sommet acuminé, tantôt (c'est le plus souvent) lenticulaires; ordinairement discrètes, se développant par éruptions successives, d'abord sur la partie antérieure du torse, et de là sur le reste de la peau, particulièrement sur les parties génitales, où elles sont plus confluentes. La face, la paume des mains et la plante des pieds n'en sont point exemptes. Les papules lichénoïdes parcourent avec plus de lenteur encore leurs évolutions que l'exanthème roséolique.

La *varicelle* est moins fréquente que les éruptions précédentes; en outre, elle se complique plus ordinairement avec d'autres syphilides; dans ce dernier cas, elle est plus discrète. Ses vésicules sont arrondies, acuminées ou ombiliquées, cerclées d'un limbe rouge sombre qui persiste encore assez longtemps autour de la dépression cicatricielle, après la chute des croûtes.

Il existe aussi, parmi les premières poussées syphilitiques, d'autres éruptions présentant les mêmes éléments anatomi-

ques, mais restreintes et localisées à diverses régions des téguments, telles que des groupes vésiculeux, papuleux, pustuleux, des croûtes impétigineuses, etc., etc., qu'il suffit de mentionner d'une manière générale.

Les *croûtes du cuir chevelu* sont une des affections précoces les plus constantes. Leur élément anatomique n'est point toujours identique. Tantôt cet élément très-fugace est une pustule ressemblant à l'*acné*, mais s'imbriquant de minces lamelles squameuses. Plus rarement la lésion se rapproche de l'*impetigo* avec ses plaques flavescentes. Dans l'un et l'autre cas, les croûtes qui en résultent recouvrent une petite ulcération arrondie. Ces altérations du cuir chevelu favorisent le développement du ptyriasis, entretiennent les engorgements ganglionnaires péricraniens et aggravent l'alopécie.

La *couronne de Vénus* est constituée le plus souvent à la fois par des tâches exanthématiques annulaires ou semi-annulaires, des saillies papuleuses, parfois même des vésicules eczémateuses ou des pustules — formant un sombre et livide diadème autour du front : — l'un des signes les plus communs et les plus certains de la syphilis.

La *mentagre* s'annonce quelquefois aussi d'une manière simultanée par de petits boutons agglomérés auprès du menton ; leur base s'étale, leur sommet suppure. Il en résulte des saillies croûteuses plus ou moins larges, enchevêtrées avec les poils de la barbe qui se feutrent et tombent.

Parmi les affections déterminées par les éruptions précédentes nous remarquons les deux suivantes :

L'*angine* débute généralement par des plaques muqueuses

superficielles, cendrées, opalines, des tonsilles, des piliers et du voile du palais; elle s'ulcèrent, les parties voisines s'enflamment, les amygdales augmentent de volume. Ces ulcérations sont assez rebelles; leur fond repose sur un détritus pultacé adhérent, et laisse sourdre une matière purulente. Des granulations peuvent tapisser l'isthme du gosier et atteindre l'orifice supérieur du larynx; il y a dysphagie et dysphonie, etc., etc.

Le *coryza*, chez les adultes, est assez rarement un des symptômes précoces de la syphilis secondaire. Toutefois, il a été observé, lié symptomatiquement à l'existence des éruptions exanthématiques ou des plaques muqueuses sur la pituitaire; dans ce dernier cas, il n'a pas la gravité qui caractérise certaines éruptions dont nous avons maintenant à nous occuper.

Syphilides tardives.

Les syphilides secondaires *tardives* se montrent surtout sous l'apparence squameuse, pustuleuse et tuberculeuse.

Nénanmoins il existe un *exanthème maculeux du cou* qui se développe tardivement. Il a été très-bien décrit par M. Pillon (1). M. Hardy le désigne sous le nom de *syphilide pigmentaire*. On l'observe le plus souvent chez les femmes, et aussi chez les hommes, dont la peau est fine et blanche. Il consiste dans des taches larges, confluentes, d'une teinte légèrement bistrée, analogue à celle des éphélides, et persistant assez longtemps.

Les éruptions *squameuses* se résument surtout dans la sy-

(1) Pillon, *Sur les exanthèmes syphilitiques*. Paris, 1857.

phlide *cornée*, *palmaire* ou *plantaire* (1). Elle commence par de petites taches violettes, bientôt papuleuses, dont l'épiderme se fendille, forme d'épaisses écailles qui laissent après elles une dépression parcheminée, sombre, donnant lieu à de nouvelles squames. Ces boutons écailleux sont tantôt circonscrits, tantôt confluents ; dans ce dernier cas, ils suivent fréquemment les plis de la peau et y déterminent des scissures lamellaires. Ils s'accompagnent d'un état douloureux de prurit et de brûlure, et ne laissent pas que d'être fort rebelles.

Les véritables *pustules* syphilitiques sont : tantôt par groupes de boutons durs, circonscrits, analogues à l'*acné*, tantôt par plaques confluentes d'*impétigo* qui se détachent sous forme de croûte, laissant à leur suite de larges taches avec des cicatrices persistantes. Mais l'éruption pustuleuse la plus ordinaire est la syphilide *ecthymateuse*. Elle commence par une tache rouge, qui devient proéminente au centre où se forme une sorte d'ampoule sero-purulente ; l'aréole s'étend, l'ampoule se rompt, le liquide s'épanche, et la croûte résultant de sa dessication abrite l'ulcération qui

(1) Quelques auteurs décrivent encore parmi les syphilides squameuses certaines éruptions qui ne paraissent pas appartenir spécialement à la syphilis, ou d'autres qui sont au moins très-rares. Parmi les premières, le *ptyriasis*, épiphénomène de provenance parasitaire, commun à beaucoup d'états morbides; le *psoriasis*, nié comme affection distincte, par M. Bazin. Parmi les secondes, la *lèpre* décrite par M. Ricord sous le nom de syphilide *annulaire*, et l'*icthyose*, dont M. Bassereau a relaté un exemple. Rien n'est plus fréquent que la squame, si on considère seulement l'élément anatomique, car il n'est presque point de syphilide qui ne la présente à un moment donné de ses évolutions; mais rien n'est moins commun, si l'on prend pour base de détermination, suivant les véritables principes méthodiques, l'ensemble des évolutions et des caractères. — Ce qui simplifie singulièrement l'étude si compliquée et si compendieuse des syphilides.

se creuse à sa base. La chute de la croûte laisse à nu cette ulcération prolongée dont la cicatrice déprimée, irrégulière, se caractérise par des stigmates violacés profonds. L'ecthyma siége fréquemment sur les membres inférieurs. Profond, il coïncide avec les époques avancées et invétérées de la syphilis confirmée.

Enfin les éruptions *tuberculeuses* sont les plus tardives de toutes les syphilides. Leur siége de prédilection est le visage; on les rencontre fréquemment sur la langue, le voile du palais, à la lèvre supérieure. Elles se développent aussi sur le reste du corps, sur le pénis; M. Ricord en cite un cas sur le col de l'utérus ressemblant tout à fait au carcinome de cet organe.

La syphilide tuberculeuse est tantôt discrète, bornée à une seule région, ou disséminée, ou confluente. Elle se caractérise par de petites tumeurs intradermiques, s'élevant jusqu'au volume d'une petite cerise, dures, indolentes, d'un rouge sombre, ordinairement suppurantes, versant une matière séro-sanguinolente ou sanieuse. Lorsque ces tubercules se réunissent par groupes, ils sont d'un volume plus petit, plus réguliers, moins disposés à la suppuration; les groupes sont disposés sous forme d'anneaux ou de demi-cercles reposant sur une large macule cuivrée, et on les voit quelquefois s'étendre par agglomérations concentriques, pendant que le centre se résout ou cicatrise.

Généralement l'ulcération est la fin des tubercules. Elle se manifeste par un double mécanisme : ou bien la peau s'ulcère d'une manière superficielle et circonscrite au niveau des tubercules, et l'ulcération forme dans leur intervalle et dans leur pourtour une perte de substance anfractueuse à bords dentelés, etc., etc.; ou bien la fonte

purulente des tubercules détermine la formation de l'ulcère.

Quel que soit ce mécanisme, l'ulcère tuberculeux secondaire prend très-fréquement, — comme l'ulcère chancreux primitif, — le caractère phagédénique, soit simple, soit térébrant, soit serpigineux. Dans le premier cas, l'ulcère présente des bords œdémateux, découpés en languettes, décolés, un fond dur, irrégulier, pultacé, envahissant en superficie. Dans le second, le travail ulcératif gagne en profondeur, détruisant les parties ou les organes envahis, le nez, la lèvre, l'oreille, les joues, les organes génitaux eux-mêmes. Enfin, dans le troisième cas, l'ulcération plus superficielle succède à de nouveaux groupes de tubercules qui affectent de proche en proche la disposition courbe et serpigineuse; et pendant que la cicatrisation atteint les premiers formés, que la suppuration envahit les autres, les plus nouveaux sont à peine en voie d'ulcération.

Lorsque les tubercules siégent dans l'épaisseur du derme péri-osseux, à la voûte palatine ou aux fosses nasales, ils peuvent entraîner la dénudation et la carie consécutive des surfaces osseuses sous-jacentes.

L'évolution de ces ulcères tuberculeux présente une grande lenteur et une persistance très-opiniâtre. Les stigmates en sont indélébiles. Violacé d'abord, le tissu inodulaire, parcouru de crêtes, de brides, devient peu à peu d'un blanc mat, quelquefois même s'épaissit, se vascularise en prenant un aspect fongueux et kéloïde.

C'est aux éruptions tuberculeuses qu'il faut rapporter le *lupus*. Il est constitué par des groupes confluents de tubercules sur les ailes et le bout du nez, la lèvre supérieure, la cloison. Par les progrès du mal, les parties deviennent boursouflées, fongueuses, livides, ce qui donne à la figure des malades un aspect crochu, repoussant et hideux.

§ 3. — Il nous reste à parler, pour terminer ce qui regarde les symptômes secondaires, des *affections* organiques tardives proprement dites. Elles sont au nombre de trois : l'*onyxis*, l'*iritis* et le *sarcocèle* syphilitiques. Leur développement est toujours tardif et irrégulier; aussi n'ont-elles pas un rang bien défini dans les époques de la syphilis confirmée, et l'on peut tout aussi bien les décrire à la troisième période. Elles se montrent souvent aussi comme symptômes de transition.

L'*onyxis* est une affection de la matrice unguéale. Elle a plusieurs degrés. Dans le plus simple, l'ongle, près de sa racine, devient violacé, piqueté, friable, très-cassant à son extrémité; il augmente d'épaisseur par le dépôt de nouvelles couches cornées sous-unguéales qui le convertissent en un amas de lamelles informes. D'autres fois, il survient une inflammation de la peau voisine qui présente une teinte sombre et s'ulcère au pourtour de l'ongle; il en résulte des fissures grisâtres, allongées, à bords fongueux et renversés, fournissant une suppuration abondante et fétide, douloureuses et gênant, aux orteils, plus ou moins la station et la marche. La peau qui recouvre la racine de l'ongle, ramollie et comprise dans l'ulcération, la matrice unguéale se trouve plus ou moins complétement atteinte. Même dans les cas les plus légers, après la chute, l'ongle ne reprend que longtemps après son état normal.

L'*iritis*, caractérisée successivement par : l'injection de la conjonctive; l'anneau vasculaire et radié de la cornée transparente; l'aspect tomenteux parsemé de stries rouillées ou de petites excroissances, ou même de véritables éruptions vésiculeuses ou pustuleuses, et la teinte plus sombre, cuivrée ou maculée, de la surface irienne; la présence de filaments détachés de ses bords et flottants dans l'humeur

aqueuse; la perte de transparence de cette humeur; la contraction irrégulière et la déformation de la pupille, dont l'ovale prend la forme d'un triangle, d'un quadrilatère, d'une étoile; l'augmentation générale de volume du globe de l'œil, etc., etc. : toutes lésions qui produisent la céphalalgie périorbitaire compressive, la vue des bluettes, des étincelles, la photophobie, l'épiphora, l'affaiblissement plus ou moins prononcé de la vision, les adhérences celluleuses plus ou moins permanentes de l'iris à la cornée ou au cristallin.

Le *sarcocèle* ou *albuginite*, étudié successivement surtout par A. Cooper, Dupuytren, MM. Ricord, Nélaton, Curling, Jules Hélot, Gosselin, Rollet, etc., se caractérise par l'épaississement inégal, comme noueux du tissu fibreux du testicule, dû à la présence de zones, de granulations ou de nucléoles que l'on sent d'abord distinctement au toucher au milieu du tissu sain et mou de l'organe. Puis ces inégalités, en se développant, donnent à la glande une consistance homogène, dure, un aspect pyriforme; le tissu parenchymateux, infiltré d'une exsudation jaunâtre, se racornit, et les tubes séminifères finissent par disparaître. Cette induration plastique interstitielle et diffuse, tendant à l'atrophie, accompagnée d'un léger épanchement intra-vaginal, constitue l'altération organique propre à l'albuginite.

Quoique rares, la suppuration et le développement fongueux peuvent se produire à la suite de la dégénération syphilitique du testicule. La tumeur augmente de volume, devient douloureuse, se perfore; et la solution de continuité donne issue à une production en forme de fongosité bourgeonnante, sanieuse, émergeant de la profondeur de la glande, — et qui n'est autre chose que le parenchyme lui-

même. Cette dernière évolution a été fidèlement étudiée par M. Rollet.

Les deux testicules sont généralement pris d'emblée ou successivement. Les grains et les canalicules séminifères s'atrophient, la sécrétion s'altère, les spermatozoaires deviennent rares et languissants; et, lorsque la maladie est avancée et l'affection double, la virilité s'éteint.

Comme le testicule, l'épididyme peut participer à l'affection. M. Jules Hélot a rencontré dans ce dernier les mêmes nucléoles que dans la glande séminale. Ce point d'anatomie pathologique a été l'objet d'un travail récent de la part de M. Dron.

Enfin, on peut trouver dans le testicule et ses annexes les productions gommeuses dont nous allons parler maintenant.

4° SYMPTOMES TERTIAIRES.

La période tertiaire n'est pas tellement distincte de la précédente qu'il soit possible d'établir le point fixe de leur délimitation. Leurs symptômes voisins semblent, en quelque sorte, se confondre. C'est par les tubercules cutanés ou muqueux que l'une se termine, c'est par les mêmes lésions du tissu conjonctif que l'autre commence.

Considérés d'une manière générale, les symptômes tertiaires, beaucoup plus rares que ceux de la deuxième période, ont une époque d'apparition plus éloignée, une gravité plus considérable, un siége plus profond, une marche plus lente, une évolution moins régulière, et ne se transmettent point généralement par contagion, ni aussi fréquemment par hérédité.

Ici, la maladie n'a plus de bornes. Elle peut atteindre les

organes les plus variés de l'économie : téguments, tissu cellulaire, muscles, système fibreux, articulations, os, parenchymes et viscères. Il en résulte une infinité de lésions multipliées que nous ramènerons à ces cinq chefs principaux : lésions des téguments ; lésions des tissus conjonctifs ; lésions des muscles ; lésions des os ; lésions des viscères.

§ 1. — Les lésions des téguments ou *éruptions* tertiaires sont :

Le *rupia*, dont les bulles éphémères se convertissent en croûtes épaisses, concentriques, verdâtres, laissant des cicatrices violacées ; mais, le plus souvent, ne se cicatrisant pas, devenant de plus en plus sèches, s'entourant d'un limbe bistré et laissant exsuder un peu de sanie brunâtre, indice d'exsudations hémorrhagiques.

Le *pemphigus*, plus rare, dont l'on a même nié la nature syphilitique, mais qui se montre parfois aussi d'une manière généralisée sur les adultes, dans les périodes invétérées de la syphilis.

§ 2. — Les *tissus conjonctifs* sont le siége le plus ordinaire des lésions tertiaires. Elles se manifestent le plus communément dans le tissu cellulaire qui double la peau, qui pénètre les masses et sépare les fibres musculaires, dans les gaines celluleuses des tendons, au milieu des éléments articulaires, sur le périoste, dans la gangue fibreuse des parenchymes.

Le type le plus caractéristique et le plus constant de ces lésions dans le tissu cellulaire consiste en tumeurs tuberculeuses, variant d'un pois à une grosse noix et au delà : sorte d'aposthèmes chroniques, de mauvaise nature, formés de tissu scléreux, contenant un liquide filant, gommeux ; réfractaires à la résolution et à la suppuration et qui, après

s'être rompus à la longue, deviennent le noyau d'ulcères profonds, sordides, d'une cicatrisation interminable : ce sont les *gommes* syphilitiques.

On en trouve une bonne description dans les plus anciens syphilographes, en particulier dans N. Massa : *Apostemata propterea ista, in quocumque membro fuerint, sunt mala, in obedientia digestioni, resolutioni et maturationi... Fiunt etiam ab his pustulis et apostematibus cum rumpuntur ulcera diversorum generorum... in quibus reperiuntur materiæ albæ, viscosæ, adhærentes cum tenacitate... Et ulcera ista, quum prolongantur, fiunt profonda, virulenta, livida, corrosiva, sordida, cum duritie labiorum et carne ostracosa, et aliquando fiunt ambulativa, etc., etc.* (1). Cet excellent observateur n'a oublié ni le caractère ambulant que prennent alors ces ulcères, ni les phénomènes cachectiques présentés par les malades en proie aux accidents invétérés de la syphilis.

Les gommes sont isolées, disséminées, ou agglomérées. Elles siégent surtout sur les membres ; on en voit fréquemment aussi au voisinage des clavicules et des omoplates, sur le scrotum, dans l'épaisseur des fibres musculaires de la langue, du cœur, dans la plupart des parenchymes, sur le périoste, la dure-mère, le larynx, la trachée, etc., etc.

Abandonnées à leur cours, ces tumeurs, d'abord indolentes, se perforent par un ou plusieurs pertuis, se vident et donnent lieu à de vastes ulcérations irrégulières et fongueuses dont la cicatrisation est fort difficile.

§ 3. — Les *muscles* peuvent être affectés, — soit par des *douleurs*, assez semblables aux douleurs ostéocopes, mais plus superficielles, plus étendues et s'exaspérant, non par la pres-

(1) *Loc. cit.*, t. 1, p. 46.



sion, mais par la contraction musculaire; — par les *gommes* indurées, ramollies ou suppurées ; — enfin par une *dégénérescence* plastique de leur tissu propre ou de leurs tendons. Généralement ces états morbides élémentaires ne sont que les périodes isolées ou successives d'une même affection assez obscure, qui n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps : — c'est la *contracture* musculaire.

Cette affection siége ordinairement sur les muscles de la vie de relation et leurs tendons; tous peuvent y participer, même les muscles moteurs de l'œil. Les fléchisseurs des avant-bras en sont surtout affectés. Les sphincters n'en sont point exempts ; ils en seraient même le siége d'élection, suivant M. Bouisson (1). Nous pensons, avec Melchior Robert qu'il faut en distinguer les spasmes, — dus à une véritable action reflexe, — occasionnés par la présence d'ulcérations ou d'accidents secondaires sur les muqueuses qui doublent les sphincters, et notamment celui de l'anus. Mais on ne rencontre pas toujours ce point de départ aux constrictions syphilitiques des organes creux; et, jusqu'à nouvel ordre, nous rapporterons à la contracture musculaire certains *rétrécissements* du *rectum*, de l'*œsophage*, de la *trachée*, et sans doute aussi l'*asthme*, dejà signalé par N. Massa, Fallope, etc., comme une des manifestations graves et ultimes de la syphilis invétérée. La contracture musculaire peut exister d'abord sans lésion anatomique évidente et consister uniquement dans des douleurs provoquées par l'extension du membre, lorsqu'elle siége, par exemple, sur les muscles fléchisseurs; mais, lorsqu'elle dure un certain temps, il est rare de ne point la voir escortée par des lésions appréciables.

Ces lésions sont caractérisées par de petites tumeurs

(1) Bouisson, *Gaz. méd. de Paris*, 1840, et *Tribut à la Chirurgie*. Paris, 1858, tome I, p. 527.

dures, circonscrites, placées dans l'intervalle des fibres musculaires qu'elles envahissent et qui s'atrophient, disparaissent ou s'indurent. Dans ce dernier cas, la contracture devient permanente ; les malades ne peuvent plus étendre le muscle qui reste fléchi, à moins d'éprouver des douleurs intolérables ; et encore, en surmontant ces douleurs, ne peuvent-ils toujours y parvenir. L'élément anatomique de cette lésion serait, d'après Virchow, la dégénérescence calleuse du tissu celluleux intermusculaire. Suivant M. Bouisson, elle aurait trois degrés correspondant à l'état d'épanchement plastique, de ramollissement ou de suppuration, et de transformation scléreuse, cartilagineuse et osseuse.

Les tendons et les tissus fibreux, en général, peuvent présenter la même altération, mais à un moindre degré que les muscles. On l'a signalée encore dans la profondeur des corps caverneux.

§ 4. — Les altérations tertiaires *osseuses* sont précédées par des douleurs *nocturnes* ou *ostéodynies*, aiguës, térébrantes, circonscrites, régnant sur les os superficiels où la pression les exaspère. Une remarque intéressante, due à M. Ricord, c'est que les douleurs ostéocopes tiendraient moins à l'influence nocturne qu'à la chaleur du lit ; elles seraient, en effet, diurnes chez les personnes obligées de dormir le jour. Dans tous les cas, ce serait une grande erreur de croire que ces douleurs soient périodiques ; elles ont seulement des exacerbations aiguës régulières. Pendant leur intervalle, les régions affectées conservent un endolorissement et une gêne fonctionnelle souvent très-marquée. Bien avant que l'on puisse observer la moindre altération appréciable à la surface des os, les jambes, qui en sont le siége le plus fréquent, deviennent pesantes, empâtées, incapables de la moindre



fatigue. Si les douleurs siégent sur le sternum, les mouvements respiratoires, et tous les autres qui leur sont mécaniquement liés, s'exécutent avec contrainte et anxiété. A la tête, il y a une sorte de torpeur qui rend tout travail intellectuel difficile. La privation prolongée de sommeil est l'effet le plus général de ce symptôme caractéristique de la syphilis (1).

Les ostéodynies sont les préludes ordinaires des diverses affections osseuses. Ces dernières attaquent le périoste ou le tissu même des os.

La *périostose* est constituée surtout par des productions gommeuses sous-périostiques qui se résorbent, ou qui suppurent, ou enfin qui deviennent le blastème de lésions osseuses ultérieures.

L'*ostéite* atteint de préférence les os décharnés et superficiels ; elle occupe la surface ou la profondeur de l'os dont elle produit le gonflement circonscrit en étendue, et se termine par l'*exostose*, la *nécrose* et la *carie.*

L'*exostose* se développe d'une manière diffuse dans la trame osseuse, sous la forme d'*état éburné* ou *d'hypérostose.* Ou bien, elle constitue des appendices épiphysaires limitées, variables sous le rapport de la configuration et du volume, parfois pédiculées, toujours rugueuses, âpres au toucher et stalactiformes. Ces dernières portent le nom d'*ostéophytes*. Les tibias, les clavicules, les os du coude et du crâne sont les parties les plus souvent affectées. Parmi les os de la tête, il faut mentionner en particulier la voûte du palais : l'*exostose medio-palatine* est une lésion aussi fréquente que caractéristique, sur l'importance de laquelle M. Chassaignac

(1) Il est cependant confondu assez fréquemment avec les douleurs fulgurantes et souvent nocturnes de l'*ataxie locomotrice*, qui en diffèrent surtout par le caractère, la mobilité et le rhythme.

a insisté avec juste raison dans ces derniers temps. Très-facile à constater, cette lésion peut devenir une indication pathognomonique précieuse en l'absence de tout autre symptôme révélateur. Le gonflement osseux et la douleur correspondante sont les deux phénomènes de l'exostose, ceux qui la constituent seulement quand la lésion est externe. Suivant son siége, elle peut entraîner, en outre, quelques désordres particuliers : la gêne des mouvements, la luxation des condyles articulaires (observée au maxillaire inférieur), l'amincissement de la peau, l'atrophie des muscles, la compression des couches vasculaires et des filets nerveux, et par suite, l'œdème, l'engourdissement, l'analgésie, la paralysie et l'atrophie musculaire progressive. On comprend surtout que, — lorsque l'exostose siége sur quelque point de la table interne des os qui forment l'enceinte de la cavité céphalo-rachidienne, — la compression du cerveau, de la moelle ou des racines nerveuses pourra donner lieu aux symptômes les plus graves et les plus multipliés.

La *carie* et la *nécrose* sont, avec la résolution, les modes de terminaison de l'ostéite, et, en particulier, de l'exostose. Pendant que celle-ci, existant seule, siége habituellement sur les membres, la carie et la nécrose attaquent plus souvent les os du tarse, les côtes, le sternum, les clavicules. Le squelette du crâne et surtout de la face y est également très-disposé.

Il faut distinguer des ostéites faciales tertiaires produites directement et terminées par carie ou nécrose, les cas dans lesquels les os, — dénudés par le travail ulcératif profond des syphilides secondaires et privés de leur vitalité dans une certaine étendue, — sont atteints de mortification consécutive. C'est ce dernier mécanisme qui, seul, rend compte de certains cas de carie et de nécrose que l'on rencontre acciden-



tellement comme symptômes secondaires indirects de la syphilis. Ce qui caractérise les lésions osseuses de la période tertiaire, c'est qu'elles sont produites directement.

Parmi les ostéites de la face, il convient de mentionner, en particulier :

La perforation de la voûte palatine, qu'elle survienne consécutivement à l'exostose, ou d'emblée. L'évolution de cette lésion est très-sourde ; souvent les malades n'en sont avertis qu'au moment où la tumeur se forme et s'ulcère pour donner passage à la sanie. L'os étant, à ce moment, à peu près complétement détruit dans toute son épaisseur, ce n'est point par un pertuis que la tumeur se vide, mais par un trou anfractueux, qui établit la communication entre les cavités buccale et nasale. Aussitôt les aliments et les boissons passent de celle-là dans celle-ci ; la voix devient soufflante, enchiffrenée, nasillarde, l'articulation des sons confuse, etc.

La nécrose et la carie nasales sont également très-fréquentes. Elles peuvent atteindre tous les os minces et légers qui constituent, avec les os propres du nez à l'extérieur, l'édifice intérieur des fosses nasales : les os palatins, incisifs, les cornets, l'éthmoïde, l'apophyse montante, le vomer, etc.

L'ostéite *incisive* se manifeste par le gonflement inflammatoire des alvéoles correspondantes aux deux dents incisives moyennes de la mâchoire supérieure qui se déchaussent, s'ébranlent, sont projetées en avant et se détachent avec les deux incisives latérales, ainsi que la partie de l'os qui les supporte. Il en résulte une large perte de substance et des troubles fonctionnels sérieux pour la mastication et la prononciation.

L'ostéite du *vomer* est annoncée par la céphalée nocturne, les douleurs vers la racine du nez, l'enchiffrènement, le flux sanieux infect, mêlé de détritus osseux, par les narines.

Très-souvent l'élimination se fait en masse par un séquestre, la voûte se déprime et s'affaisse, les orifices du nez basculent en avant... Et il en résulte l'aspect le plus difforme désormais permanent.

Les *os propres du nez*, atteints par la carie, se tuméfient, la peau s'enflamme, devient érysipélateuse, s'empâte, s'ulcère; on constate un peu de fluctuation, quelquefois de la crépitation, bientôt de la mobilité des pièces osseuses dont la destruction entraîne la même déformation caractéristique.

Ces lésions du vomer, des os propres du nez, s'étendent d'ailleurs fréquemment aux cornets, à l'ethmoïde, aux sinus frontaux, occasionnant dans les fosses nasales les plus graves mutilations qui se traduisent à l'extérieur par la ruine de la charpente osseuse. A la place du nez, « il ne reste plus alors aux malades qu'un tubercule parcouru de cicatrices, de brides qui déparent le visage et lui donnent l'aspect le plus repoussant (1). »

Lorsque l'*apophyse montante* du maxillaire supérieur est affectée, il peut en résulter l'épiphora et tous les symptômes de la tumeur et de la fistule lacrymales.

Si l'ostéite occupe le pourtour de la *cavité orbitaire*,—plus souvent la voûte que le plancher, — le globe de l'œil est comprimé et ordinairement déprimé ou projeté en avant. La compression détermine la douleur, la congestion oculaire, l'amblyopie, l'amaurose plus ou moins complète.

Enfin, l'ostéite du *rocher* peut donner lieu à des douleurs très-vives, à la surdité, à l'otorrhée ou à la perforation des cellules mastoïdiennes.

Dans toutes ces localisations, l'inflammation suscitée par

(1) Melchior Robert, *loc. cit.*, p. 637.

les lésions osseuses peut se propager, par les communications vasculaires adjacentes, du rocher pariétal, des fosses nasales ou orbitaires jusqu'aux membranes et à la pulpe du cerveau, et entraîner dans ces derniers organes les plus redoutables complications.

§ 5. — Les *affections viscérales* sont la répétition, sur les viscères internes, des altérations que nous venons de constater dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et les os. L'élément anatomique qui les constitue généralement, est la gomme à ses divers degrés d'évolution. Mais de même que chaque organe est composé de parties similaires distinctes, chaque affection embrasse des éléments multiples: congestions, épanchements plastiques, tissus conjonctifs de nouvelle formation, dégénérescences graisseuses, céreuses, etc., etc., atrophies ou hypertrophies, la carie et la nécrose des os, contracture des muscles qui composent l'appareil organique affecté. Il en résulte donc des affections aussi complexes qu'elles sont d'ailleurs variées.

Quelque nombreuses que soient ces affections viscérales tertiaires, faut-il croire qu'elles varient en, quelque sorte, à l'infini, et qu'il n'existe pas une maladie ou même un groupe de symptômes sous lesquels la syphilis aurait le don de se masquer ? S'il fallait s'en rapporter à de certaines hypothèses encore en crédit aujourd'hui et qui ont rempli surtout le dernier siècle de confusion, hypothèses dont les principaux partisans ont été Sanchez, Fabre, Rosen, Vigarous, Carrère, et, en dernier lieu, Hahnemann, on devrait admettre que le virus syphilitique est en puissance de reproduire toutes les affections qui peuvent atteindre l'humanité, soit qu'il se complique ou non avec d'autres entités concrètes non moins illusoires, dites *virus*, *vices*, ou *miasmes* scorbutique, psorique, goutteux, rhumastimal, rachitique, can-

céreux, scrofuleux, etc., etc. (1). Encore aujourd'hui je sais qu'il est d'usage de comparer le virus au vieux pasteur des troupeaux de Neptune, et de dire que, comme Protée, ce *poison morbide*, entre tous singulier, peut se déguiser sous les métamorphoses les plus diverses. Mais, suivant la juste expression de notre ami Gabalda, tout cela n'est évidemment que de la fable (2). Il faut laisser ces réminiscences poétiques et ces fictions de l'antique mythologie, — vains fantômes d'une nosologie chimérique, — aux hypothèses de l'*empoisonnement*, du *vice* ou du *miasme* syphilitiques, et s'en tenir à l'observation rigoureuse des affections symptomatiques sérieusement observées et clairement définies.

Ce que l'on peut affirmer seulement sans crainte d'erreur, c'est que, parvenue à cette période et abandonnée à son destin, chacune des manifestations tardives de la syphilis confirmée prend elle-même l'aspect et les proportions d'une maladie grave, opiniâtre, invétérée, source permanente de mille tourments et de mille désastres, qui, dans quelques circonstances, finit tôt ou tard, — suivant le siége ou l'étendue des lésions, les résistances variables de la vitalité, la diversité des complications et des aptitudes morbides, enfin suivant l'intempérance plus ou moins grande d'un traitement trop souvent poursuivi à outrance dans ces cas, — par amener peu à peu le dépérissement de l'économie.

On n'attend pas de nous, dans ces limites restreintes, l'exposition, même sommaire, de chacune de ces affections. Ce serait dépasser notre but. Renvoyant donc aux excellents travaux qui ont mis plus spécialement en lumière ce vaste

(1) Voir ci-dessus *première partie*, p. 18.
(2) *Art médical*, 1861, t. XIV, p. 219.

sujet dans ces dernières années (1), il nous suffira de mentionner ici les affections viscérales les plus importantes de la syphilis invétérée.

1° Du côté des organes de la vie animale, on a signalé la plupart des affections qui peuvent atteindre les centres nerveux. C'est ce que remarque Van Swieten : *Sœpe observantur cerebri lœsiones in lue venerea inveterata, a lœvissima vertigine, ad lœthalem apoplexiam usque* (2). — Ainsi :

L'*insomnie* consécutive, signalée par M. Sigmund;

La *perte de la mémoire*, même après la guérison de la maladie, avec ses influences diverses sur la prononciation et le langage : symptôme fréquent sur lequel a insisté M. Lagneau fils ;

La *méningite* et l'*encéphalite* (Todd, Th. head);

L'*aliénation mentale* et la *démence paralytique* (Esquirol, B. Bell, MM. Hildenbrand, Diday) ;

Les *accidents épileptiformes*, qu'ils soient dus à un simple trouble dynamique (MM. Trousseau, Delasiauve), ou, ce qui est le plus fréquent, aux lésions des os et des enveloppes de l'encéphale ;

Les accidents *hystériformes* (Baumès, Zambaco) ;

Les accidents *choréiformes*, dont MM. Costilhes et Zambaco ont rapporté des exemples ;

Les *névralgies* et les paralysies *partielles*, principalement

(1) Consulter, en particulier, les intéressantes monographies de M. Gust. Lagneau, sur les *Maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis* (1851), et sur les *Maladies syphilitiques du système nerveux*, Paris, 1860 ; de M. Prosper Yvaren, *Les métamorphoses de la syphilis*, Paris, 1854 ; de M. Zambaco, *Des Affections nerveuses syphilitiques*, 1862, in-8 ; de MM. L. Gros et Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861, in-8, etc.

(2) *Comment.*, vol. V, p. 404.

des nerfs crâniens, — du facial, — oculo-moteur externe ou interne (1), — du pathétique, — de l'olfactif, — du trijumeau, — de l'optique, — de l'auditif (2);

L'*amaurose*, en particulier, dont l'ophtalmoscope a permis de constater au début les lésions inflammatoires de la choroïde et de la rétine et d'autres accidents particuliers, tels que le décollement de la rétine, l'atrophie de la papille, et les corps flottants du corps vitré (Græfe, Follin, Cusco, Schutlze, Metaxas);

La *paralysie progressive*, l'*hémiplégie* et la *paraplégie* (3) ;

L'*ataxie musculaire progressive*, c'est-à-dire l'abolition progressive de la coordination des mouvements contrastant avec l'intégrité de la force musculaire, caractérisée, en outre, par les douleurs erratiques, térébrantes et fulgurantes, les spasmes paralytiques des sphincters, le strabisme, la diplopie : affection si bien décrite par M. Duchenne de Boulogne (4). Les observations rapportées par ce laborieux praticien montrent que les antécédents syphilitiques sont fréquents dans cette affection. Cependant ce n'est pas toujours une raison de la regarder comme de nature syphilitique ; ce que démontre l'insuffisance de l'iodure de potassium, et souvent d'ailleurs, malgré ces antécedents, les aggravations qu'il produit.

Il semble inutile de faire remarquer que plusieurs de ces lésions et même de ces états morbides se réunissent d'une manière plus ou moins étroite pour former, suivant les cas, les éléments multiples d'une même affection. Ainsi, dans

(1) Constantin Paul, *Moniteur des hôpitaux*, 1858.

(2) Dupré, *Affect. syph. du globe oculaire*, Thèse. Paris, 1857.

(3) Ladreit de Lacharrière. *Des Paralysies syphilitiques*, Thèse. Paris, 1860.

(4) *De l'Électrisation localisée*, 2e édit. Paris, 1861. p. 547.

mémoire particulier à l'Académie de médecine en 1837 (1). Marc rapporta le fait d'un chanteur dans un théâtre de province, qui offrait, à l'âge de quarante-six ans, tous les symptômes de la phthisie au troisième degré : fièvre consomptive, sueurs abondantes, expectoration puriforme; tout annonçait un état phthisique très-confirmé. *Cependant l'auscultation et la percussion n'étaient pas parfaitement d'accord avec ces symptômes;* ils n'annonçaient ni la présence de compacités tuberculeuses, ni celle de cavernes pulmonaires. Tous les remèdes avaient été infructueux, lorsqu'un examen fait plus attentivement que de coutume amena la découverte d'une exostose au tibia. Le malade était en pleine syphilis. Soumis à la médication par la pommade mercurielle, d'après la méthode de Scatigna, le mieux devint rapidement sensible; à la quarantième application, la guérison s'acheva (2).

Niée de nos jours d'abord par Bayle, puis par Laënnec et M. Andral, cette affection a néanmoins été signalée, depuis cette époque, par plusieurs observateurs, Marc, Cullerier jeune etc. (3). Un exemple est rapporté par notre excellent ami, M. Clerc, dans la thèse du docteur Dumoulin (4). M. Ricord a constaté, dans un cas, des gommes dans le tissu du poumon. De même, Vidal, de Cassis, a trouvé une induration transparente autour des ramifications bronchiques. M. G. Lagneau fils cite d'autres témoignages et particulièrement une observation puisée dans la clinique de M. Lagneau père. Melchior Robert rapporte, de son côté, chez des sujets sy-

(1) Voyez Rapport sur le mémoire de M. Sue (*Bulletin de l'Académie de Médecine*. Paris 1837-1838, tome II, p. 62).

(2) Il faut ajouter que ce chanteur reprit son ancien métier, se retira en province, et mourut quelque temps après (*Bull. de l'Acad.* 1837-38, tome II, p. 85).

(3) *Arch. gén*, t. XV, 2e sér., p. 242.

(4) *Loc. cit.*

philitiques, deux faits de phthisie commençante guéris par les préparations mercurielles, qui paraissent concluants. M. Lancereaux a aussi constaté trois fois des productions gommeuses dans le parenchyme pulmonaire et deux fois une pneumonie chronique avec excavations profondes à parois lisses et régulières.

Ces témoignages récents confirmés, les uns par l'autopsie, les autres par les bénéfices flagrants du traitement mercuriel, ne laissent point subsister de doutes sur l'existence de la phthisie syphilitique; et, quand l'on songe aux ressources précieuses de la thérapeutique contre cette dernière affection, il est permis d'espérer qu'une observation plus attentive de ses signes séméiotiques en rendra, dans un avenir prochain, la distinction moins obscure aux yeux du praticien. Jusque ici, tous les symptômes que l'on retrouve dans les auteurs se rapportent à ceux de la phthisie ordinaire, depuis l'hémoptysie, dit Marc, jusqu'au crachement du pus. Mais il semble que l'on puisse proposer pour indices révélateurs de la nature du mal la différence de ses lésions et des signes qui les traduisent. Les gommes syphilitiques ne se comportent pas comme les tubercules dans les poumons : leur nombre n'est jamais bien multiplié, elles sont plutôt solitaires; et, de plus, leur siége de prédilection ne hante point communément les sommets de ces organes; elles ont plus de tendance à se localiser dans l'épaisseur de leur parenchyme. Il en résultera des modifications correspondantes dans les signes transmis par la percussion et l'auscultation, en désaccord avec les faits ordinaires. Ces dernières données séméiotiques, jointes à la simultanéité habituelle d'autres lésions viscérales de même nature et surtout à des attributs moins équivoques, tels que la *périostose de la clavicule*, surtout les *gommes vers les attaches du sterno-mastoï-*

dien, l'*exostose tibiale*, la *carie medio-palatine*, la *myodynie du sternum*, les *ostéodynies* diverses, parfois les *indurations ganglionnaires peri-cervicales* persistantes; toutes ces données séméiotiques, dis-je, pourront servir de lumière suffisante à la pratique et se compléter par la pierre de touche du traitement.

Nous ne parlons pas ici de l'*asthme* syphilitique signalé par les premiers observateurs, et qui n'est autre chose que la dyspnée symptomatique des lésions les plus diverses dont les appareils de la respiration et de la circulation sont le support.

La syphilis *cardiaque*, plus rare que la phthisie syphilitique, mérite ici une simple mention. M. Ricord a fait le premier connaître, dans une observation récente recueillie par F. Gabalda (1), cette affection due à des masses gommeuses ramollies en quelques points et siégeant dans l'épaisseur des parois valvulaires; l'endocarde était hypertrophié, les fibres musculaires refoulées et dégénérées; la base du poumon renfermait des tumeurs analogues. Ces mêmes altérations, assez volumineuses, siégeant dans le ventricule droit, à la base des valvules de l'artère pulmonaire, ont été rencontrées et décrites dans un autre cas par M. Lebert (2). Virchow a rapporté une observation très-complète de dégénération gommeuse du péricarde, de l'endocarde et des muscles du cœur. Enfin, dans une communication adressée par M. le docteur Gubler, deux malades observés par ce dernier présentaient, l'un, des plaques laiteuses du péricarde avec dégénérescence musculaire, l'autre des phénomènes cardiaques et une dilatation aortique considérable, dévelop-

(1) Ricord, *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens*, 1851, pl. XXIX.

(2) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, Paris, 1857, t. I, pl. LXVIII.

pée en même temps que d'autres accidents tertiaires (1). Dans tous ces cas, les lésions cardiaques coïncidaient avec d'autres lésions syphilitiques.

3° Parmi les organes de la vie végétative, le plus fréquemment atteint est le *foie*. Pour les auteurs du seizième et du dix-septième siècle, cette glande était le siége primordial de la maladie vénérienne : opinion gratuite, fondée sur des raisons spéculatives qui ne pourraient physiologiquement aujourd'hui soutenir l'examen.

D'après M. Prosper Yvaren (2), la syphilis hépatique aurait été affirmée déjà par F. Ronchin, Jean Gastineau, Portal, et basée plus tard sur des témoignages plus positifs, dus à Morgagni, à M. A. Séverin et à M. Rayer.

Toutefois, M. Dieterich (3), l'un des premiers, de nos jours, a étudié plus spécialement les altérations syphilitiques du foie au point de vue anatomo-pathologique. MM. Sigmund, Budd et Virchow n'ont pas tardé à compléter ces premiers renseignements.

En France, M. Ricord a publié un fait de dégénérescence plastique analogue aux tubercules tertiaires.

M. Gubler a surtout appelé l'attention, en 1852, sur les altérations syphilitiques du foie chez les nouveau-nés; mais il a publié aussi quelques faits relatifs à l'adulte.

Cette affection a été surtout étudiée par MM. Lucien Quelet (4), Edmond Lecontour (5) et Blachez (6).

(1) Gubler, *Mémoire sur une nouv. affection du foie liée à la syphilis héréditaire*, in *Gaz. méd. de Paris*. 1852.

(2) *Des Metamorphoses de la Syphilis*. Paris, 1854.

(3) Dieterich, *Altération syphil. du foie* (*Prager Vierteljahrschrift*, 1849 et 1850).

(4) Thèses de Strasbourg, 1856.

(5) *Des affections syphil. du foie*. Thèse d'agrégation, 1858.

(6) *Essai sur la syph. du foie*. Thèses de Paris, 1853.

Les symptômes en sont néanmoins encore assez obscurs, l'attention des observateurs s'étant portée presque exclusivement sur les altérations microscopiques. On a signalé dans quelques observations une douleur sourde, continue, exacerbante, l'augmentation de volume, la déformation, les bosselures ou les inégalités de la surface, parfois l'ictère plus ou moins prononcé dès le début; mais de nouvelles recherches cliniques sont à désirer sur la partie séméiologique de cette affection.

Les autres affections syphilitiques viscérales sont plus rares, moins importantes et moins bien connues encore. Il faut citer néanmoins :

Celle des *reins,* avec production d'albuminurie, dont plusieurs faits ont été observés par M. Rayer (1);

L'*ovarite* syphilitique, signalée pour la première fois en 1857 par M. Richet (2);

Certaines altérations des *vésicules séminales*, de la *prostate*, de l'*utérus,* mais qui sont loin d'être encore suffisamment déterminées.

L'existence de la plupart de ces affections propres aux organes de la vie végétative n'est bien souvent reconnue qu'à l'autopsie; aussi bon nombre de cas doivent-ils sans doute rester inaperçus. L'obscurité de leur développement et l'ignorance où l'on est encore de leurs caractères particuliers légitiment donc jusqu'à un certain point ce préjugé tout empirique qui fait attribuer à la syphilis beaucoup d'affections insolites réfractaires aux ressources vulgaires de la thérapeutique. Mais, si ces tentatives ont été plus d'une fois couronnées de succès, il y a là aussi un écueil contre lequel

(1) *Traité des malad. des reins.* Paris, 1839. Tome II, p. 486.

(2) *Traité d'anatomie chirurgicale.* Paris, 1857.

il faut être en garde : ces hasards ne sont pas sans dangers. L'immense cortége des maux qui affligent l'humanité et qui résistent aux efforts de l'art est bien loin de constituer l'apanage de la syphilis confirmée, quelque étendu que soit d'ailleurs son empire. Même sur des sujets dont les précédents se trouvent entachés de cette lèpre, — et ils sont malheureusement nombreux, — qui donnent, par conséquent, lieu de rattacher à ce point de départ des symptômes insolites, d'un diagnostic douteux, le traitement antisyphilitique, administré d'une manière intempestive, provoque des aggravations redoutables. La pratique rencontrera toujours des cas obscurs et équivoques; or, les expédients ne doivent jamais constituer de régulières indications. Ce n'est pas à la routine, c'est à la science qu'il faut demander les moyens de découvrir et de reconnaître les maladies jusque dans leurs plus profondes retraites. C'est l'étude méthodique de leurs caractères qui donnera dans l'avenir la clef de ces difficultés.

On voit facilement combien l'horizon de la maladie semble s'élargir, combien ses aspects et ses complications se multiplient à proportion que nous remontons plus avant son cours. Chacun des symptômes tertiaires, nous l'avons déjà dit, semble constituer à lui seul une maladie grave, longue, obstinée. Abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent disparaître, renaître ou non sur un nouveau siége. Mais, même dans les cas les plus simples des périodes avancées de la syphilis, que de misères et de tourments ! *Cadit os palati*, — dit Gabriel Fallope, — *curatur homo, sed succedunt miseriæ et angustiæ intolerabiles!* La perte du nez ou du palais est beaucoup sans doute ; ce n'est pas tout.

5° SYMPTOMES CACHECTIQUES.

Tout en répudiant les errements de Sanchez et de ses successeurs dont la féconde imagination a gratifié la description de la syphilis confirmée de si sombres couleurs, il nous répugnerait davantage, à l'exemple de certains avocats actuels de cette triste maladie, d'en amoindrir le tableau. Si, dans la copie fidèle de la nature, notre esquisse semble encore un peu sombre, la faute n'en est point à nous. A mesure que le mal poursuit sa marche, les exemples peuvent en être plus rares, les symptômes deviennent nécessairement plus fâcheux.

Pour notre compte, nous avons rencontré plus d'une fois dans la pratique les lentes agonies de la syphilis; et déjà, en 1845, nous avions entrepris d'en retracer l'histoire (1). Nous citerons aujourd'hui de ces recherches quelques fragments.

Il est superflu de dire qu'un très-grand nombre de sujets conservent, pendant tout le temps de la contamination morbide, un état de santé apparente généralement assez régulière, et que même la plupart des malades, dont la constitution a été plus ou moins altérée, reprennent possession, à la longue, de leur santé première, à quelques sacrifices près. Mais il faut ajouter que, très-souvent aussi, une modification plus ou moins importante de la constitution et la mort même, dans certains cas, peuvent être la conséquence directe de la syphilis confirmée.

(1) *De la cachexie syphilitique*, mémoire présenté en 1845 au concours des prix pour l'internat des hôpitaux. — Quelques uns des documents et observations de ce mémoire figurent ultérieurement dans la thèse inaugurale de notre ancien collègue, A. Dumoulin (sur le même sujet), soutenue à la faculté de Paris dans l'année 1847.

L'altération de la constitution n'est pas toujours une conséquence ultime de la période invétérée. Si l'on voulait se donner la peine d'y regarder de près, on trouverait même, je crois, peu d'exemples d'immunité complète sous ce rapport pendant l'une ou l'autre des périodes de la maladie.

Les troubles qui révèlent la souffrance de la santé générale se révèlent quelquefois dès, ou même avant, l'invasion des symptômes primitifs, pendant le silence même de la première incubation. Ces troubles, assez vagues d'ailleurs dans leurs apparences, le génie profondément observateur des anciens n'avait pas manqué de les apercevoir. Plusieurs observateurs parmi nos contemporains, MM. Baumès (de Lyon), H. de Castelnau et Chausit, en particulier, ont signalé l'existence de ces phénomènes généraux, avant-coureurs de tout symptôme local. « Si ces phénomènes, dit M. Chausit, sont restés, s'ils restent encore trop souvent inappréciés, c'est moins parce qu'ils font défaut que parce qu'ils échappent, à cause de leur peu d'intensité, à l'attention de beaucoup de malades et quelquefois aussi à celle du médecin (1). »

Les troubles prodromiques de la période secondaire sont plus énergiquement accusés par les malades. L'on sait assez quels changements s'opèrent dans leur habitude extérieure, la couleur de leur teint, l'aspect de leurs cheveux, les phénomènes variés de l'innervation, l'état de leurs forces, la composition de leur sang. Nous avons accordé déjà à ces

(1) Chausit, *Annales des malad. de la peau et de la syph.*, t. IV, p. 174 ; 1851-52. — Ce médecin cite à l'appui une observation très-intéressante, dans laquelle les troubles précurseurs survenus pendant l'incubation prolongée d'un chancre induré ont consisté dans un *affaissement* profond des forces morales et physiques, la *courbature*, l'*amaigrissement*, l'*atonie générale*, l'*altération de la peau*, une sorte d'*état cachectique* aigu.

phénomènes une suffisante attention. Moins éphémère que la première, cette secousse dynamique nouvelle disparaît d'ailleurs à son tour en peu de temps. Cependant, même lorsqu'elle semble avoir cessé complétement à nos yeux, lorsque tout vestige extérieur s'est évanoui, la modification morbide acquise par la constitution persiste encore à un certain degré, pendant un temps plus ou moins long. Et la preuve malheureusement incontestable que l'on en peut donner, ce sont les tristes exemples, si fréquemment observés, d'enfants entachés de l'hérédité syphilitique, alors que la tache originelle semblait, au moment de la conception, depuis longtemps effacée chez les ascendants. Ces exemples fourmillent aujourd'hui dans la science, et nous y reviendrons plus loin.

Est-ce à dire que la dyscrasie syphilitique, une fois développée, devienne la loi permanente de l'économie et que cette dernière soit impuissante à s'affranchir ultérieurement de son joug ? Faut-il penser que cette autocratie développe désormais chez les malades — un nouveau *tempérament*, comme disait l'école de Sanchez, — ou une véritable *diathèse*, suivant l'école de M. Ricord : — tempérament ou diathèse qui, d'après ces inflexibles doctrines, persiste indéfiniment et fatalement en dehors de toute manifestation apparente ? Telle n'est point l'expression exacte des faits. Cet état de l'économie cède et guérit ordinairement d'une manière complète, après un temps variable, soit spontanément, soit à la faveur d'une médication plus convenable ou plus prolongée. Il n'y a là ni tempérament ni diathèse, mais seulement dyscrasie accidentelle et plus ou moins passagère, qui disparaît à son tour comme les stigmates de la maladie.

Les véritables phénomènes cachectiques apparents, et surtout l'atrophie et le marasme, ne surviennent guère que

dans la syphilis tertiaire invétérée. Cependant chez quelques individus, avec le concours de causes actives, ces phénomènes se manifestent dès le commencement de la troisième période de la syphilis, en même temps que les gommes et les ostéites, ou même encore, à une époque plus précoce, sous l'influence des lésions tuberculo-ulcéreuses profondes ou pustuleuses disséminées.

D'une manière générale, l'amaigrissement, la perte de l'appétit et des forces, l'étiolement des tissus, les troubles des voies digestives en sont les premiers indices. L'insomnie produite par les douleurs nocturnes obstinées, la suppuration entretenue par des caries osseuses invétérées, le développement des lésions gommeuses multiples, l'état précaire de l'assimilation, minent bientôt la vitalité et font éclater la disposition que Hunter nommait *hectique*. L'économie tend à l'état atrophique progressif : après le tissu cellulaire, il atteint le foie, les reins, la vessie. La peau devient sèche, terne ou *bronzée*, rugueuse, ridée, parcheminée, pulvérulente, écailleuse ; et l'on y voit apparaître, soit des bulles soit des pustules de mauvaise nature, ou les éruptions anciennes, compliquées d'exsudations intra-hémorrhagiques, devenir noirâtres ou ardoisées. Enfin, comme dans la cachexie de la forme phagédénique, des éruptions pourprées, plus ou moins livides, peuvent aussi se manifester, accompagnées ou non d'hémorrhagies viscérales.

Les dégénérescences organiques plus ou moins multipliées, — moléculaires ou enkystées, à l'état d'induration ou de suppuration, — qui se forment dans les poumons, le foie, la rate, les reins, dénaturant leurs éléments histologiques et troublant leurs fonctions, apportent leur contingent de symptômes locaux aux troubles généraux de la cachexie syphilitique ; et l'on comprend facilement les différences

importantes qui en résultent dans le nombre, la gravité, la prédominance de certains phénomènes, non-seulement suivant les lieux affectés, mais encore pour un même organe, suivant le siége, l'étendue et le degré de la lésion. Par exemple, le marasme de la phthisie syphilitique pourra présenter quelques rapports avec celui de la phthisie tuberculeuse, et l'albuminurie introduire un élément nouveau dans le dépérissement constitutionnel.

Mais, pour nous en tenir ici à une évaluation générale, la consomption sèche (*tabes sicca* de Fernel et de Van-Swieten) est le mode le plus commun de la syphilis cachectique. Cet état d'atrophie ou de dépérissement insensible de tout le corps est, suivant les auteurs, un des symptômes les plus funestes. « Je n'ai jamais vu, dit B. Bell, que peu ou même point de malades en réchapper dans le cours de ma pratique (1). » Il peut n'atteindre que tel ou tel organe en particulier (2). Plus rarement, — à moins de dégénérescence organique des reins, — l'on observe l'infiltration du tissu cellulaire et les épanchements séreux, qui, dans ce cas, ne surviennent que vers la période la plus ultime de la maladie comme indices d'une mort prochaine. Enfin la fièvre, les sueurs profuses, la diarrhée colliquative viennent précipiter la marche de cette lente désorganisation et mettre un terme à cette lamentable existence, les malades conservant jusqu'au dernier moment, avec leur pleine intelligence, la conscience du fatal dénoûment, mais dans un état de torpeur où, comme leur corps, tombe bientôt leur esprit.

Quoique rare, la mort n'est point à beaucoup près un fait aussi exceptionnel qu'on le suppose généralement dans

(1) *Loc. cit.* t. II, p. 805.

(2) M. de Castelnau a signalé l'atrophie des organes génitaux. J'ai rencontré pareillement l'atrophie de la vessie.

les cas qui nous occupent. J'en atteste le nombre d'autopsies acquis à la science et combien de cas méconnus! Nous en avons relevé un nombre relativement considérable dans les archives éparses de la syphilographie. Et, au moment où nous nous occupions de cet inventaire nécrologique, en 1845, M. Ricord disait dans une de ses leçons à l'hôpital du Midi : « Depuis plusieurs années, nous avons eu un nombre d'autopsies assez considérable (1). » Quand l'on songe que l'étude micrographique des lésions viscérales syphilitiques, qui date à peine de quelques années, est déjà en possession, en Allemagne, en Angleterre et en France, de documents déjà si nombreux, il faut bien reconnaître que la mort, — seule source de ces documents, — n'est pas un dénoûment absolument apocryphe ou exceptionnel dans la syphilis.

Elle peut survenir, dans la forme qui nous occupe, suivant deux mécanismes généraux, c'est-à-dire la maladie passant ou non, pour y arriver, par l'état cachectique.

Dans une première série de cas, elle arrive brusquement 1° par le fait d'une complication aiguë intercurrente : par exemple, — éventualité fréquente, — à la suite d'une pneumonie purulente et surtout gangréneuse, d'une exsudation séreuse ou hémorrhagique intra-pleurale ou méningée; 2° par la compression d'un organe important, moelle ou cerveau : tantôt parce qu'une méningo-encéphalite aiguë fait explosion à la suite d'une exostose ou d'une carie du crâne, ou d'un hémato-rachis développé par une carie vertébrale. Dans ces diverses circonstances, la mort n'est point le résultat immédiat des lésions syphilitiques, et il peut ne pas exister encore, à proprement parler, de phénomènes cachectiques. Dans d'autres cas, la terminaison fatale a lieu

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1845, t. VII, p. 610.

d'une manière aiguë, quelquefois même subite, soit par le fait de masses gommeuses du pharynx qui interceptent le libre accès de l'air, ou par des lésions cardiaques qui entravent tout à coup la circulation centrale du sang.

Dans une autre série de faits, la mort est le résultat pour ainsi dire obligé, plus ou moins lointain, du marasme lent et graduel de l'économie. Et dans ce cas, ce dépérissement constitutionnel ne saurait-être toujours expliqué, suivant la très-exacte remarque de M. Rayer, ni par la gravité des lésions syphilitiques apparentes, ni par celle des lésions cachées.

Toutes les médications restent sans effet contre l'état cachectique avancé. Je me trompe, la plupart des remèdes sont nuisibles. Les préparations mercurielles et iodées aggravent considérablement la faiblesse et l'atrophie, rallument les douleurs et la fièvre, exaspèrent la diarrhée. Il en est de même des toniques, du fer, du quinquina, dont les doses les plus légères ne sont pas tolérées par les voies digestives. Les indications se heurtent aux contre-indications. L'art comme la nature est en pleine déroute devant de tels assauts.

§ 2. — Altérations nécroscopiques.

Les *lésions cadavériques* sont, on le comprend, extrêmement variables par leur nombre, leur siége, leurs limites, leur nature, leurs complications. Ce sont généralement — des lésions dans les tissus cellulaires, osseux, cartilagineux, musculaires, — et des altérations viscérales proprement dites.

A. On remarque rarement sur le cadavre des traces de l'induration chancreuse successive. Elle est constituée anato-

miquement par une suffusion diffuse de lymphe plastique dans les vaisseaux capillaires. Les anciens la regardaient comme formée par une matière *pituiteuse*. L'examen microscopique a permis récemment d'y découvrir, d'après M. Ch. Robin : 1° une assez grande quantité de *matière amorphe* interposée entre des *fibres de tissu cellulaire ;* 2° des noyaux libres *fibro-plastiques,* accompagnés de *cysto-blastions* en abondance ; 3° un certain nombre de *corps fusiformes* fibro-plastiques. Cette structure histologique montre suffisamment tous les éléments d'un néo-blastème analogue à celui des syphilides tuberculeuses et des gommes tertiaires : ce qui prouve assez que l'induration constitue déjà une *lésion nouvelle* par la transformation plastique du chancre, — d'où la nécessité de distinguer, comme nous l'avons fait, ces deux lésions élémentaires associées de la maladie.

Les lésions les plus communes des tissus cellulaires, superficiels ou profonds, sont les gommes, formées par la *pituite concrète* des anciens. Et il n'y a pas là qu'une simple vue théorique de la doctrine humorale. N. Massa avait trouvé cette matière pituiteuse sur les cadavres des sujets qui avaient été tourmentés pendant leur vie du mal vénérien. G. Fallope en distinguait, au point de vue anatomique, deux espèces : les dures ou *tophacées* formant les nodus et les périostoses, et les *molles,* se divisant en lardacées, athéromateuses et mélicériques.

Ces productions ont été étudiées sur le cadavre par Rhodius, Guarinoni, Heister, Morgagni, Th. Bonet, Prost, etc.; de nos jours, sur le champ du microscope, par MM. Lebert (1), Ch. Robin, Verneuil, Virchow.

Leurs caractères microscopiques se rapprochent de ceux

(1) *Traité d'Anatomie pathologique, générale et spéciale.* Paris, 1861, tome II, p. 658.

de l'induration. D'après M. Lebert, on y trouve une trame fibreuse à larges mailles, constituée par des fibres élastiques, pâles, laissant dans leurs intervalles de grands espaces remplis par une substance homogène, granuleuse (1); plus tard, cette substance passe à l'état de détritus mêlé de globules purulents, de gangue organique et de lambeaux de tissu conjonctif.

Selon M. Verneuil, les tumeurs gommeuses sont constituées par de petits globules réguliers, du même volume que ceux de la lymphe, au milieu d'une trame formée par des mailles irrégulières du tissu cellulaire. Proviennent-elles d'un blastème extravasé? d'une génération de cysto-blastions? d'une prolification des cellules plasmatiques? Ces questions ne sont pas résolues ; mais la divergence des détails graphiques, présentés par chaque observateur, montre assez l'insuffisance du microscope à révéler un élément histologique invariable, comme caractéristique des lésions en question.

Une discussion élevée à la société de chirurgie, après que les lignes précédentes étaient écrites (25 mai 1864), a montré une fois de plus la nécessité d'attacher une extrême réserve aux déterminations histologiques de la syphilis. Suivant M. Broca, tandis que le véritable cancer, l'épithélioma, le tissu fibroplastique, ont un élément propre, les tumeurs syphilitiques n'en ont pas.

Néanmoins, nous devons ajouter que M. Wagner a cru trouver le néoplasme propre à la syphilis constitutionnelle. Le *syphilome* est pour lui un tissu de nouvelle production, doué de caractères nettement définis, constants et se reproduisant uniformément dans tous les organes où il se développe.

(1) Lebert, dans la thèse de M. Van Oordt, *Des tumeurs gommeuses*. Paris, 1859.

L'auteur rattache au syphilome de la peau toutes les lésions externes constitutionnelles. C'est surtout la disposition réciproque des cellules ou noyaux et du tissu connectif qui aurait à cet égard une valeur décisive (1).

Les micrographes se mettraient-ils d'accord sur l'identité des lésions histologiques de la syphilis qu'on ne saurait sacrifier à cet unique point de vue l'ensemble des autres caractères cliniques. Ainsi, d'après M. Virchow, le microscope conduirait à regarder comme identiques les gommes syphilitiques, le tubercule scrofuleux, le sarcome cancéreux, l'athérome, la morve, le farcin : éloquent exemple de la confusion où viennent aboutir en nosographie les classifications purement anatomiques, et de la nécessité de ne point sacrifier l'ensemble des évolutions d'une maladie à l'un de ses caractères seulement, quelle que soit d'ailleurs la rigoureuse précision des moyens d'investigation usités.

Mais les micrographes avouent, la plupart, qu'il n'existe point de lésion élémentaire unique dans la syphilis confirmée. Nous en avons vu, en effet, un nombre assez varié. Par là l'on peut reconnaître combien est assuré le fondement de l'opinion qui nous fait voir dans la syphilis une maladie *constitutionnelle*, c'est-à-dire caractérisée par la diversité de siége et de lésion. Aucune autre, — à part la scrofule et la goutte, — nous offre-t-elle un tableau aussi mobile et compliqué ?

Toutefois, cela ne veut point dire que chaque localisation morbide présente une disposition organique propre. Il y a d'abord une dissémination plus ou moins nombreuse du même produit. En outre, les lésions peuvent varier de lieu et d'aspect, elles restent sous la dépendance du principe

(1) *Gazette des hôpitaux*, 10 mai 1864.

d'où elles émanent ; elles portent, en quelque sorte, la livrée de la domination qui les régit. Dans la syphilis confirmée, l'évolution pathologique tend à la transformation plastique, soit interstitielle (induration chancreuse, ganglionnaire, fibreuse des glandes), soit enkystée (gommes intra et sous-dermiques, parenchymateuses), aboutissant ou non, dans ce dernier cas, à l'énucléation suppurative. Cette matière amorphe, sans vascularité, de consistance variable, — suivant la proportion de ses éléments cellulaires, nucléaires ou fibreux, — *pituiteuse*, cireuse, ostréeuse, scléreuse, enveloppée par un tissu dense, feutré, vasculaire, avec ses évolutions particulières, présente un caractère, en somme, assez original. M. Lancereaux dit très-bien : « Ce tissu, qui est pour ces productions une sorte d'enveloppe qui les enkyste, et dont il est quelquefois possible de les énucléer, constitue à notre sens, par sa disposition, un de leurs meilleurs caractères, souvent même il est suffisant pour les différencier des lésions tuberculeuses, cancéreuses et de la plupart des néoplasmes non syphilitiques. » Il y a donc un cachet général imprimé sur ces lésions diverses de la syphilis, et une connexion anatomo-pathologique manifeste entre les manifestations successives, secondaires et tertiaires de la forme confirmée.

Mais poursuivons notre étude nécroscopique.

Comme exemple d'une lésion secondaire des muqueuses, et, en particulier, du coryza, nous citerons cet extrait d'une autopsie : « Les cavités nasales renfermaient un peu de pus ichoreux teint de sang. La muqueuse tapissant la cloison médiane, ulcérée à droite et à gauche ; le cartilage mis à nu dans une petite étendue, desséché, rouge et demi-transparent. Autour de ce point central, la membrane fibro-muqueuse ramollie, grise, infiltrée de matière pu-

rulente, se détache par lambeaux semblables à la filasse (1). »

Les lésions de la charpente osseuse et cartilagineuse peuvent se rencontrer sur toutes les pièces du squelette; elles affectent de prédilection celles qui composent l'axe cérébro-spinal et ses dépendances. Ce sont des ostéites suppuratives de la voûte ou de la base du crâne, des vertèbres et de la face ; des exostoses crâniennes ou rachidiennes internes et externes, produisant, par la compression ou l'extension du travail désorganisateur, des désordres graves dans les parties contiguës, méninges, moelle, cerveau. Si la lésion a son point de départ dans la carie palatine ou les fosses nasales, on peut trouver les os propres du nez frappés de carie, le vomer réduit en putrilage, ballottant et putréfié, l'ethmoïde à l'état de cartilage mou, la muqueuse des sinus diffluente, la dure-mère voisine partiellement épaissie, la faux ossifiée, le cerveau ramolli, le ventricule latéral plein d'une sérosité brunâtre. Toutes ces parties exhalent une odeur horriblement fétide (2).

D'autres fois, des gommes périostiques pharyngiennes forment de grands foyers putrilagineux qui ont détruit les amygdales, les piliers, les insertions des muscles péristaphylins, une partie des muscles styliens, de l'aponévrose pétro-pharyngienne, dénudé les os voisins jusqu'à la colonne vertébrale (3), qui est quelquefois cariée et perforée de telle sorte que l'arrière-bouche communique avec la cavité rachidienne (4).

(1) Gubler, *loc. cit.*

(2) Duhamel et Legrand, *Recherches sur les désordres que le virus syph. peut causer sur le cerveau et ses dépendances* (*Journ. des conn. méd. chir.*, 1835, p. 448).

(3) Voir ci-après une de nos observations avec *autopsie.*

(4) Leprestre, *Syph. const.*, *carie d'une vertèbre ; hémato-rachis* (*Arch. gén. de méd.*, 2e sér., t. XXII).

Au larynx, on a observé des ulcérations, le boursouflement œdémateux ou même la destruction des replis arythéno-épiglottiques, des cordes vocales ; la suppuration des muscles phonateurs ; la carie des cartilages ; la nécrose plus ou moins complète du squelette laryngé transformé en cavité anfractueuse, affaissée, parsemée d'excroissances fongueuses, baignée de pus (1), etc.

Quant à la diaphyse des os longs, des observateurs l'ont trouvée pleine « d'une humeur purulente et citrine et leur substance tellement altérée, que la moindre pression suffisait pour les briser sans qu'il y eût apparence de carie extérieure » (2) ; d'autres ont constaté la diminution de poids et de densité des os se rompant très-facilement, leur cavité médullaire contenant une moelle en bouillie couleur lie de vin, etc. (3).

B. Les lésions syphilitiques viscérales ont été l'objet d'un travail récent (4) fait avec beaucoup de soin par M. Lancereaux, chef de clinique à la Faculté. D'après l'auteur, ces lésions « se groupent très-naturellement sous les trois formes suivantes :

« La forme inflammatoire interstitielle ;

La forme gommeuse ;

La forme cicatricielle. »

Il est facile de voir que l'auteur a voulu entendre sous le nom de formes, soit la localisation variée de la lésion dans le stroma fibreux ou le parenchyme propre des organes, soit une des évolutions du produit morbide. Ainsi, lorsque le

(1) Ricord, *Clinique iconographique*, f. 2-3, pl. 30.

(2) Macquart, *Histoire de la Société royale de médecine*, p. 224.

(3) Roberty, *Bulletin de la Société anatomique*, nouvelle série, n° 5; 1834.

(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1863, t. XXIX, p. 380.

néoplasme gommeux a disparu, les brides fibreuses, les cicatrices, qui sont, à juste raison, suivant M. Lancereaux, « les témoins de son existence passée, » ne légitiment pas plus, à nos yeux, une forme de la gomme que le cal d'une fracture ne constitue une forme spéciale dans cette affection traumatique. C'est, d'ailleurs, ce que l'auteur lui-même reconnaît. Sous cette réserve, nous ferons notre profit de ses intéressantes observations.

Les organes dont le lacis fibreux est abondant, comme le foie, le testicule, présentent la localisation morbide des éléments nouveaux (noyaux, cellules et fibres) au sein de la trame organique. Ce blastème interstitiel augmente d'abord le volume de l'organe dont le tissu propre s'amoindrit ensuite et s'atrophie. « A cette période la surface des glandes sus-nommées se trouve parsemée de sillons et de dépressions plus ou moins profondes qui leur donnent une physionomie tout à fait caractéristique. C'est, pour le foie, une *cirrhose lobulaire* (*cirrhose à gros grains*, bien différente de l'induration granulée des ivrognes, ou *cirrhose acineuse*, *cirrhose à petits grains*). »

D'autres organes, dont le lacis vasculaire est, au contraire, très-développé, tels que la rate, les ganglions lymphatiques viscéraux, le corps thyroïde, les capsules surrénales, les follicules des amygdales, de la base de la langue, etc., etc., présentent plutôt l'hypertrophie, avec ou sans altération des éléments actifs.

Les gommes kystiques proprement dites, — à leurs degrés divers d'évolution, de cicatrisation et de dégénérescence, — constituent le plus grand nombre des altérations viscérales syphilitiques. Elles s'y présentent avec les mêmes caractères anatomiques indiqués plus haut, et nous n'avons pas à y revenir.

En parcourant les phases de son évolution régressive, la lésion gommeuse laisse après elle des membranes d'apparence kystique, des brides fibreuses, qui se caractérisent à la surface des organes par des sillons cicatriciels uniques ou multiples et des dépressions plus ou moins profondes à l'intérieur. En même temps le tissu glandulaire subit des transformations consécutives variées, graisseuse, amyloïde, cireuse, lardacée, mélicérique, etc., etc.

L'on a trouvé dans les *centres nerveux* l'induration ou le ramollissement localisés de la pulpe nerveuse, des suppurations disséminées, des épanchements séreux, des adhérences, des gommes périphériques ou centrales, dures ou ramollies, ou en partie transformées en substances grasses, amyloïdes, des cicatrices ou des dépressions fibreuses à la surface ou dans l'épaisseur des circonvolutions.

Dans les *poumons*, des ulcérations bronchiques, des rétrécissements de ces conduits aériens, des gommes pulmonaires en pleine suppuration ou à l'état de cavernes à parois lisses et régulières.

Au *cœur :* des gommes, dans l'épaisseur des valvules et des parois musculaires, avec atrophie et dégénérescence, parfois lardacée, de ces dernières.

Le *foie* a présenté le plus souvent l'aspect bosselé ou ratatiné de sa surface, des éruptions miliaires et des adhérences périhépatiques, les productions inodulaires interstitielles, surtout les gommes kystiques et, dans l'épaisseur du parenchyme, les dégénérescences, les cicatrices, etc., etc.

Mêmes lésions pour les *reins*.

La *rate* a été trouvée hypertrophiée, ou, au contraire, décolorée, exsangue, avec ramollissements ou nodosités du tissu, synéchies de sa membrane capsulaire.

Dans les *testicules* et les *ovaires*, productions gommeuses,

indurations interstitielles avec atrophie, disparition ou dégénérescence de l'élément glandulaire; atrophies de la *vessie*, des *vésicules séminales.*

Enfin, sur la *plèvre*, de petites érosions et des cicatrices stellaires; sur le *péritoine*, des inflammations circonscrites avec adhérences, etc., etc.

Telles sont les lésions nécroscopiques signalées dans la syphilis confirmée. Il faut ajouter que, dans plus d'une circonstance, l'autopsie n'a point fait reconnaître de lésion actuelle pour certains symptômes plus ou moins saillants pendant la vie.

§ 3. — Variétés.

Nous avons suivi pas à pas les ordinaires *rapports de succession* qui enchaînent les symptômes et les lésions de la syphilis de forme confirmée parcourant toutes ses phases. L'observation moderne justifie singulièrement les données traditionnelles, et l'on peut apprécier s'il est rien de plus exact encore aujourd'hui que la distinction des trois grandes périodes admises par Varandal, et le tableau tracé par Thierry de Héry. Les travaux ultérieurs et surtout ceux des contemporains n'en sont que le développement et, à quelques égards près, la plus magnifique justification. — Étudions maintenant les variations de cette même forme morbide, au double point de vue de ses rapports de succession et d'association.

A. L'enchaînement régulier des phénomènes est-il à ce point nécessaire que la première période ne puisse faire défaut, ou que la deuxième ne manque quelquefois alors que la troisième vient à éclater ?

Un certain nombre de médecins professent que le chancre n'est point l'exorde obligé de la syphilis confirmée, et que le bubon ou même les symptômes secondaires peuvent se manifester d'*emblée :* grave procès, cause de nombreuses controverses, que l'on pouvait croire enfin jugé et qui revient à l'ordre du jour, à la suite de la contagion *directe* des symptômes secondaires. Nous n'entrerons point ici dans l'examen de cette question litigieuse, qui touche en même temps à plusieurs problèmes complexes. Le bubon d'emblée seul se rapporte aux diverses formes de la syphilis acquise; dans la forme confirmée, il nous suffit de dire que les faits du bubon d'emblée sont considérés comme exceptionnels, même par ceux qui les ont observés, et que leur nombre déjà si restreint va diminuant tous les jours, à mesure qu'une exploration plus positive ou une séméiotique plus exacte ont permis d'en dévoiler plus complétement les sources premières ou mystérieuses. Maintes fois le spéculum ou l'autopsie ont fait découvrir la présence de chancres que l'on n'avait pas soupçonnés. Et Gabalda, dans un de ses mémoires si simples à la fois et si pratiques, a montré, dans le *bubon scrofuleux* (1), la principale cause de l'erreur accréditée. Rien n'est plus fréquent que ces engorgements strumeux de l'aine spontanément développés, ou provoqués sur les sujets prédisposés par une fatigue quelconque retentissant sur les organes qui correspondent aux ganglions affectés. Le siége seul devient alors un préjugé, surtout chez les jeunes gens ; et, comme beaucoup de ces derniers n'ont pas toujours, sous de certains rapports, la conscience nette, ils sont les premiers à suspecter la nature et l'origine de leur maladie. Mais pour le médecin éclairé des lumières de la

(1) Gabalda, *Considérations pratiques sur les bubons scrofuleux.* Paris, 1856. (*Bulletin de thérapeutique,* 1856.)

séméiotique et qui ne sacrifie point, à la considération purement organicienne du siége des accidents, l'ensemble de leurs caractères et de leurs évolutions, que de signes différentiels flagrants, pour la plupart des cas, dans l'aspect, la marche, la suppuration, la migration, les ulcérations, les récidives, etc., etc., de l'adénite respective des syphilitiques ou des scrofuleux !

Quant aux symptômes secondaires qui se substitueraient aux phénomènes primitifs de la maladie, on sait que la plaque muqueuse, entre tous, a été dotée de ce privilége. Or, nous ferons remarquer que, sur 186 cas de cette affection que nous avons observés avec notre collègue et ami A. Deville, 171 fois — c'est-à-dire dans l'immense majorité des circonstances, — cette éruption reconnaissait les chancres pour ascendants. La transformation plaqueminée ou condylomateuse de l'ulcération primitive explique très-bien d'ailleurs la précocité de la lésion secondaire. Cependant, je concéderai, pour ma part, très-volontiers, d'après des expérimentations plus récentes dont il sera question tout à l'heure, que la contagion directe de certains symptômes constitutionnels pouvant se révéler aux points contaminés par des papules ou des tubercules qui s'ulcèrent d'ordinaire consécutivement, un tel aspect soit de nature à motiver, jusqu'à un certain point, l'apparente assimilation des plaques aux lésions primitives, et à les faire passer comme telles dans quelques cas.

Reconnaître ces variétés, — tout au plus exceptionnelles, — dans le début des accidents, ce n'est nullemet infirmer la loi générale des évolutions régulières de la maladie, formnlée avec une si lumineuse distinction par l'école de l'hôpital du Midi, et devenue par la pratique une source de si fécondes applications. C'est à cette distinction qu'est due

en particulier, comme on sait, l'indication générale si importante de la médication mercurielle et de la médication iodée, circonscrites, l'une à la période secondaire, l'autre, à la période tertiaire de la maladie. Seulement il ne faut rien exagérer. Telle ou telle phase symptomatologique peut accidentellement manquer. M. Ricord a lui-même admis des phénomènes tertiaires succédant au chancre, sans période intermédiaire ; expliquant, il est vrai, ces cas par l'influence d'un traitement incapable de détruire la maladie dans son entier, mais suffisant pour en briser l'un des chaînons. Plus royaliste que le roi, M. Cullerier ne souffre pas une telle lacune. Pour lui, point de circonstances atténuantes ; l'évolution de la syphilis (confirmée) est immuable et fatale. « Si l'on voit, dit-il, une maladie (lésion) des os, du tissu fibreux, un accident quelconque enfin désigné sous le nom de tertiaire, on trouve *toujours* un symptôme intermédiaire, soit une syphilide, ou une ulcération de la muqueuse de la bouche et plus souvent de la gorge (1). » Il en est, effectivement, le plus ordinairement ainsi ; mais ce n'est pas sans quelques exceptions. Et plus d'un exemple nous oblige à regarder l'affirmation de notre ancien et excellent maître à l'hôpital de Lourcine, comme étant, à cet égard, trop absolue.

B. Les *rapports d'association* qui groupent les symptômes de la syphilis confirmée n'offrent pas cette précision plus ou moins parfaite que nous avons remarquée dans l'ordre de leur succession. Cette étude, qui pourrait être la source de quelques indications nouvelles pour la pratique, est fort incomplète, encore peu avancée ; elle a presque toujours

(1) Cullerier, *Mémoire sur l'évolution de la syphilis* (*Arch. gén. de méd.*, fév. 1845).

passé inaperçue. Il importe cependant d'en préparer la voie, et pour cela d'en esquisser l'histoire en peu de mots.

Après les galénistes, qui avaient établi fort artificiellement les concordances de la maladie sur la prédominance de l'humeur viciée et qui admettaient, en conséquence, une syphilis *sanguine*, *bilieuse*, *pituiteuse*, *mélancolique*, la première tentative, pour sortir de cette routine universelle, est due à Musa Brassavole, en 1551. Mais la méthode suivie par ce médecin était assez singulière. Admettant huit variétés *simples* sous les noms de *scabies*, *dolores*, *tumores*, *defluvium pilorum*, *defluvium dentium*, *unguium casus*, *oculorum amissio vel perversio*, *gonorrhœa*, il multipliait tour à tour chacun de ces symptômes par les autres et parvenait à établir ainsi 234 espèces *composées* ou modes de concordances dans les manifestations de la maladie ; procédé arithmétique déjà peu goûté par Fallope, disant à ce sujet de son maître : *Unde præceptor meus voluit* 234 *species explicare, sed labor fuit vanus et inutilis* (1).

Faisant allusion sans doute à ces mêmes correspondances nosologiques multipliées par Musa Brassavole, sans réalité comme sans profit, Fernel, de son coté, écrivait : *Differentias ejus* (lues) *speciesque nonnulli quibus symptomatum quam* ESSENTIÆ *major cura fuit*, *varias*, *multiplicesque statuerunt*. Le savant médecin de Henri II a tracé les premiers linéaments du sujet qui nous occupe. Il reconnaissait, suivant les symptômes, quatre types distincts, tout en insistant sur l'unité de leur essence : *Una tamen et eadem totius est* ESSENTIA, *sed variis distincta ordinibus*, *ut alia sit levior*, *alter gravior*. Ces ordres étaient simplement des degrés : *Tantum gradus sunt.*

(1) *Loc. cit.*, p. 773.

Dans le premier degré, le principe virulent, semblable à une légère vapeur, effleure la superficie du corps et détermine seulement une affection de la racine des poils, l'*alopécie ;*

Dans le deuxième, la peau entièrement envahie se couvre d'éruptions généralisées, *sèches*, exanthématiques, maculeuses ou papuleuses ;

Dans le troisième, le virus ayant pénétré le corps, il se manifeste des éruptions *pustuleuses* à la face et sur le reste du tégument, avec des *ulcérations,* particulièrement au gosier ;

Enfin, les parties solides se trouvant atteintes, le dernier degré se caractérise par des lésions siégeant sur les *os*, les *articulations,* les *nerfs*, d'où peuvent résulter le marasme et la mort.

Quoique ces distinctions se rapportent plutôt aux périodes de la syphilis, il y a là un germe évident de ses variétés, ou, tout au moins, de ses degrés.

Oublié pendant près de trois siècles, ce problème, repris en notre temps, a été élevé à la hauteur d'une doctrine par Carmichaël. Cet excellent observateur, rompant avec les idées généralement reçues sur l'uniformité des accidents et la nécessité constante de leur opposer le même traitement spécifique, avait cru remarquer une relation manifeste entre les symptômes primitifs et les altérations secondaires, et il avait ramené la diversité de ces relations à quatre types généraux ayant leurs phénomènes d'invasion et leurs rapports de succession distincts : types qu'il attribuait d'ailleurs, non à quatre formes ou variétés de la même essence morbide, à l'exemple de Fernel, mais à quatre virus différents. Personne n'a insisté davantage sur les concordances entre les chancres et les syphilides :

1° A l'ulcère *simple* (*simple primary ulcer*) et à la gonorrhée virulente, aux excoriations accompagnées d'écoulement succèdent les éruptions papuleuses, l'inflammation érythémateuse de la gorge, les douleurs rhumatoïdes et l'iritis ;

2° L'ulcère *à bords élevés sans induration* (*ulcer with elevated edges without induration*) tient sous sa dépendance les éruptions pustuleuses avec ulcération, les douleurs articulaires, les nodus ;

3° Après l'ulcère *phagédénique* (*phagedenic ulcer*) (1), on voit se manifester les éruptions tuberculeuses et ulcéreuses également phagédéniques, les ulcérations de la gorge, du larynx, de la pituitaire, les douleurs ostéocopes, les nécroses ;

4° L'ulcère *à bords élevés avec induration* (*callous ulcer*) provoque les syphilides squammeuses ayant les caractères du psoriasis corné ou de la lèpre, les ulcères profonds des amygdales, les douleurs ostéocopes.

Le chirurgien irlandais rapporte à l'appui de sa doctrine de nombreux exemples très-détaillés. Il assure que, sur mille cas d'ulcères simples, il n'en a pas rencontré un seul avec exostose bien caractérisée ou quelque affection profonde, si commune dans d'autres circonstances; et il est disposé à n'admettre comme essentiellement syphilitique (*true syphilis*) que le chancre induré (*callous*) avec les symptômes qui lui succèdent, et à réserver l'emploi du mercure pour cette seule catégorie.

Le système de Carmichaël n'obtint que peu ou point

(1) C'est l'ulcère *accidentellement* phagédénique, dont nous avons parlé, p. 120. Quant au chancre *essentiellement* phagédénique, Carmichaël le désigne sous le nom de *sloughing* (gangréneux), qui n'est point suivi de symptômes consécutifs.

de crédit. Son hypothèse inadmissible des quatre virus, l'exagération de ses vues sur des concordances dont la plus vulgaire observation démentait si fréquemment la formule, n'eurent, en France, aucun écho. Biett et ses élèves, à l'hôpital Saint-Louis, eurent vite raison de cette œuvre, et il n'en fut plus parmi nous aucunement question.

Elle survécut néanmoins en partie, passée à l'état de tradition plus ou moins acceptée par beaucoup de médecins de la Grande-Bretagne et de l'Irlande en particulier. Evans, et plus tard Wallace (de Dublin) en ont conservé visiblement quelques inspirations. Ce dernier, par exemple, divise la syphilis constitutionnelle en forme *exanthématique* et en forme *pustuleuse*, suivant le degré de virulence du *poison* absorbé. La théorie de Carmichaël eut pour principal résultat d'ancrer davantage dans l'esprit des médecins d'outre-Manche l'opinion déjà populaire d'Abernethy (1), tendant à restreindre singulièrement l'emploi du mercure, même dans la syphilis confirmée ; et la plupart de ceux qui rejetèrent la loi des concordances, Hennen, par exemple, ne purent s'empêcher de rester fidèles aux réserves faites sur l'emploi du spécifique jusque-là dans tous les cas obligé.

Malgré ses erreurs, la tentative irlandaise mérite quelque attention. Elle tendait, selon nous, dans une certaine mesure, à un progrès réel pour la pratique, en circonscrivant par de plus étroites limites les indications thérapeutiques de la maladie, abandonnées trop aveuglément par le vulgaire des médecins à la merci d'une exclusive médication. Cette doctrine, au lieu de nier systématiquement les effets bienfaisants et curateurs du mercure, mettait seulement à néant les exagérations et les erreurs en crédit

(1) *Surgical Works*. London, 1811.

sur la prétendue *spécificité* de cet agent thérapeutique.

C. Rinecker a simplifié les éléments du problème en réduisant à deux séries les concordances syphilitiques, suivant l'*origine* de la contagion, ou, pour mieux dire, suivant la différence de la lésion contaminante. La transmission qui se fait au contact de l'accident primitif produit la *syphilis proprement dite;* celle qui s'opère au contact d'une lésion secondaire, — de la plaque muqueuse, — engendre la *syphiloïde.* La première, qui débute par le chancre, a une intensité beaucoup plus grande ; la seconde, dont la plaque muqueuse est la lésion initiale, a beaucoup moins d'intensité.

Quelques bribes de ce double héritage devaient échoir aux dualistes de la nouvelle école qui représentent parmi nous la lignée de Carmichaël, « ce profond observateur, — dit l'un d'eux, — si méconnu, si travesti. »

Après avoir tranché la question de la pluralité du virus, M. Bassereau a repris le premier, pour la syphilis confirmée (1), la thèse des concordances. Ayant étudié, dans un très-grand nombre de cas, le rapport de la lésion primitive et des éruptions secondaires, il a constaté que, le plus souvent, les syphilides superficielles, érythémateuses surtout, papuleuses ensuite, ont pour point de départ l'érosion chancreuse (ch. parcheminé), tandis que le chancre huntérien (calleux) précède ordinairement les syphilides plus profondes, soit les éruptions pustuleuses et tuberculeuses. Étendant ces rapports d'association à l'ensemble de la syphilis (confirmée), ce législateur fervent conclut par la loi suivante : « Après les chancres indurés bénins, surviennent

(1) Seule forme acquise, il ne faut point l'oublier, admise par les dualistes au titre de syphilis.

les éruptions syphilitiques bénignes et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration. Après les chancres indurés phagédéniques, surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau, plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries (1). »

Plus explicite encore, s'il est possible, est M. Diday. Si nous dégageons la pensée de l'auteur des préoccupations hypothétiques sur le virus qui l'obsèdent et l'enchevêtrent sans cesse, nous trouvons les quatre principes morbifiques de la doctrine irlandaise réduits à deux catégories, sous les désignations de syphilis *faibles* et de syphilis *fortes.*

Les syphilis *faibles* ont pour porte d'entrée l'érosion chancriforme(ch. parcheminé), « indolente, superficielle, peu étendue, souvent ignorée ou prise pour un insignifiant bouton, souple (du moins comparativement au vrai chancre induré). » Cette lésion provient de deux sources : elle est produite, soit par le contact d'une érosion semblable à elle-même, soit par la contagion d'une éruption secondaire. Elle précède les syphilides superficielles,—*acné capitis*, roséole, plaques muqueuses, — qui n'occasionnent aucun trouble sérieux ou durable de la santé générale, et dont les poussées ultérieures plus ou moins rares consistent dans la réapparition des mêmes lésions, avec une intensité décroissante jusqu'à leur retraite définitive, sans le secours du moindre traitement.

Les syphilis *fortes* ont pour ascendant le *vrai* chancre (calleux). « Moins de temps s'écoule entre l'action de la cause contagionnante et le début d'une lésion visible. Celle-ci

(1) *Loc. cit.* p. 443.

passe rapidement à l'état d'ulcère... sécrétant un liquide moins séreux, plus abondant. Il y a dépression, véritable perte de substance; une induration large et consistante en occupe la base. » Après une seconde incubation, apparaissent, pour premières syphilides, des éruptions plus accentuées... « L'alopécie de plus de six mois, l'amaigrissement, l'atteinte portée au moral (des malades), n'avaient pas échappé aux observateurs même non médicaux; des contractures, de la dysphonie, des céphalées rebelles, s'étaient ajoutées prématurément aux lésions des deux téguments. L'iritis, l'albuginite, s'étaient parfois montrés. Enfin, si parmi ceux-ci quelques-uns avaient avec le temps guéri complétement sans mercure, chez d'autres, il avait finalement fallu y avoir recours. Et un petit nombre n'avaient pu échapper à la période tertiaire (1). »

Voilà bien, ce me semble, la doctrine de Carmichaël sous forme d'édition nouvelle, revue et corrigée : — correspondance analogue entre la lésion primitive et les éruptions cutanées; — véritable essence syphilitique (2) réservée uniquement au chancre calleux (3); — indication du mercure limitée à cette seule variété et à ses suites. M. Diday, il est vrai, n'admet encore que deux virus; mais sur cette pente il ne peut tarder d'en relever un troisième, propre à l'érosion chancriforme, à laquelle il refuse déjà avec un peu de sans façon l'étiquette de chancre et le luxe superflu ou même périlleux de tout traitement.

Sans entrer plus avant qu'il ne convient ici dans l'examen de cette question particulière, encore devons-nous

(1) *Loc. cit.*, p. 139.

(2) *True syphilis* (Carmichaël).

(3) *Vrai chancre* (Diday). — Ce *vrai chancre* est le *pseudo-chancre* de M. Auzias-Turenne.

dire quelle est, à nos yeux, la valeur de ces assertions.

Il est très-vrai que la syphilis confirmée ne constitue pas un type identique, invariable, accessible à une seule et unique médication. Nous regardons comme une chose importante pour la pratique de reconnaître que cette forme comprend, dans son cadre si étendu, des différences de caractère et des degrés de gravité qui doivent correspondre à une certaine diversité d'indications. Et rien n'est plus légitime que d'exprimer, autant que possible, ces différences par des formules précises, étayées sur des signes suffisants.

Mais n'est-ce pas plutôt une vue de l'esprit qu'une donnée de l'observation, de réduire toutes les différences si variées dont nous parlons à deux catégories aussi tranchées, sous le nom de syphilis *faibles* et *fortes*, en attribuant à chacune d'elles pour raison d'être une modalité spéciale du virus, pour signe caractéristique une différence variable dans l'induration? N'est-ce pas une véritable hypothèse de placer dans les conjectures du *renforcement* et de l'*atténuation* du principe virulent la source des variétés de la maladie? N'est-ce pas une prétention au moins exagérée de décréter une loi de concordance rigoureuse entre les lésions d'une même série syphilitique, là où les faits opposent tant de réclamations contraires ? Enfin, n'est-ce pas un précepte dangereux pour la pratique de subordonner exclusivement les indices du pronostic ou les convenances du traitement dans la syphilis confirmée au seul degré de consistance de l'induration ?

Il ne suffit point de grouper quelques faits favorables à l'appui d'une thèse pour lui donner l'autorité d'une loi. Il faut considérer, en toute cause scientifique, l'ensemble des documents acquis. Or, ils sont loin d'être unanimes pour trancher aussi aisément la question. Déjà, en 1829, Hennen

disait : « J'ai vu souvent des éruptions *de même nature* succéder à un chancre profondément excavé et à une simple ulcération (1). » Le même observateur nous apprend qu'il a constaté *toutes les variétés* de syphilides à la suite du chancre huntérien comme du chancre simple. MM. Rayer, Martins, Günsburg (2), témoignent dans le même sens. Il serait trop facile d'accumuler le nombre de semblables dépositions. A quoi bon ? Nous ne prétendons pas opposer une fin de non-recevoir absolue aux solutions nouvelles de MM. Bassereau et Diday, mais il convient seulement de réduire leur témoignage à sa véritable valeur, en tenant compte de tous les résultats de l'observation jusqu'ici connus. Après cela, l'appel à l'expérience reste toujours ouvert, et ce n'est pas nous qui nous élèverons jamais contre ce privilége.

Quoi qu'il en soit, cette opinion tend à prévaloir qui attribue à la syphilis de provenance secondaire une gravité beaucoup moindre, surtout en se transmettant par l'inoculation artificielle. M. Rollet écrit : «Les éruptions dites constitutionnelles ont toujours été assez bénignes après les inoculations que nous connaissons (3). » — « La syphilis communiquée par un accident secondaire, — dit M. Chabalier, — semble avoir perdu de son intensité. Les éruptions qui suivent l'accident primitif paraissent moins graves et plus courtes. » De même, M. Langlebert parlant de la même transmission : « Un tout petit chancre, une légère pléiade inguinale ; puis un peu de roséole et tout est dit. » C'est sous l'empire de semblables idées que l'honorable auteur du rapport académique sur la contagion des symptômes secondaires n'a pas craint de tenter, dans les salles de l'hôpital

(1) Hennen, *Princip. of milit. Surger.*, London, 1829, p. 536.
(2) Günsburg, *Neue Zeitschrift*, Ruf. 1849, 76 et 77.
(3) *Gaz. méd. de Lyon*, 1860, p. 265.

Saint-Louis, l'inoculation de la syphilis sur quelques-uns de ses malades atteints de dartres obstinées.

L'analogie, si souvent invoquée entre la *petite* et la *grande* vérole, a pu susciter l'espoir d'obtenir, au moyen de l'inoculation, une syphilis plus légère, plus circonscrite, — et tout aussi préservatrice pour l'avenir, — de la même manière que par l'inoculation artificielle de la variole, avant la découverte de la vaccine, l'on parvenait à développer une éruption artificielle, mitigée, souvent localisée au lieu de l'insertion, et n'ayant pas, dans une très-grande proportion, la gravité ordinaire, souvent fatale, de la maladie spontanée. Mais d'abord, l'analogie en question est-elle à ce point légitime? Entre la syphilis acquise, qui se transmet exclusivement par inoculation, et la variole, dont la propagation habituelle se fait par un tout autre mécanisme, le rapprochement ne pèche-t-il point par quelque côté?

Les faits d'ailleurs sont-ils dans leur ensemble bien d'accord avec cette manière de voir? Il est certain que si, pour la variole elle-même, l'inoculation du pus variolique, même dilué dans du lait, peut avoir parfois les plus mortelles conséquences, — dont le souvenir ne saurait être sitôt effacé à Lyon, — pour la syphilis, en particulier, l'inoculation n'est pas précisément très-innocente sous ce rapport. N'a-t-elle jamais développé des accidents graves, désastreux, regrettables, même entre les mains des expérimentateurs les plus exercés, des syphilisateurs les plus compétents? Nous ne voudrions pas être contraint à produire ici des documents qui ressembleraient à des actes d'accusation.

Mais, pour nous en tenir à l'inoculation des accidents secondaires seulement, est-il vrai que la maladie qui en résulte ne constitue qu'une variété, insignifiante et légère, de la syphilis confirmée? Consultons les expériences de Wal-

lace (1), celles qui se rapportent à la transmission sur des sujets *sains*.

La première observation (4e de l'auteur) raconte l'inoculation de condylomes sur un jeune homme ; développés le vingt-huitième jour, ces derniers deviennent fongueux ; le soixante-cinquième, il survient une *angine*, plus tard des *syphilides*, des *douleurs ostéocopes*.

Le deuxième fait (5e de l'auteur), est l'inoculation d'un adulte avec du pus de tubercules ulcérés, laquelle donne lieu à des *tubercules* qui s'indurent et *s'ulcèrent* ; deux mois après, il survient des *syphilides*, puis des *tubercules* sur les *amygdales*, et *sur tout le corps* ; quatre mois après la première inoculation (il y en avait eu deux successivement), le malade, *prostré*, *affaibli*, est soumis au traitement mercuriel.

Troisième fait (6e de l'auteur), relatif à l'inoculation du pus d'un tubercule ulcéré sur un jeune homme. Un mois après, formation d'une croûte épaisse sur une base saillante, indurée dans le point d'inoculation où il se forme un condylome ; plus tard, *céphalées nocturnes*, *syphilides papulo-tuberculeuses*, *iritis* et *pharyngite*.

Quatrième cas (7e de l'auteur). Inoculation du pus de syphilis pustuleuse à un adulte. Un mois après, *éruption papulo-tuberculeuse* et *ecthyma pustulo-croûteux* à la place des piqûres. Le soixante-sixième jour, *syphilide squameuse*, *céphalée nocturne*, *douleurs ostéocopes* ; soixante-douzième jour, *pharyngite*.

Cinquième observation (8e de l'auteur). Inoculation du pus de syphilide pustuleuse à un homme. Le vingt-septième jour, bouton ecthymateux qui s'ulcère consécutivement ; le quarante-quatrième, *douleurs articulaires* ; le cinquante-quatrième, *syphilide papulo-squameuse* ; quatre-vingt-unième jour, *tubercules à la marge de l'anus, sur le dos de la langue*.

Et après ? Que sont devenues ces patientes victimes de l'expérimentation ? L'auteur ne le dit pas. Son métier n'est

(1) Wallace, *Prager Vierteljareschrift.*, trad. par le docteur Axenfeld (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. III, p. 174).

point de lire dans l'avenir. Pouvait-il pressentir le développement ultérieur des accidents? Il est cependant présumable que les douleurs ostéocopes annoncent en général la première évolution des lésions osseuses; et en admettant que le traitement ait conjuré ces lésions, cela prouve toujours la nécessité d'une médication évidemment sérieuse et prolongée dans des cas que l'on nous donnait comme si simples et si disposés à une solution prompte et spontanée. Enfin, dans tous ces faits de sujets *sains* soumis à l'inoculation des symptômes secondaires (car les trois autres expérimentations de Wallace concernent des sujets *déjà syphilitiques*), nous voyons se produire des manifestations graves, telles que des éruptions *tuberculeuses*, *squameuses*, *pustuleuses*, des douleurs *ostéocopes*, même la *prostration* et l'*affaiblissement*. Il faut avouer que, si les expériences audacieuses du célèbre syphilographe de Dublin démontrent la contagion des symptômes secondaires, elles sont loin de prouver la bénignité de la syphilis inoculée. — C'est là notre conclusion pour le moment.

D. Enfin, le *traitement* employé aurait-il quelque influence sur les variétés de la maladie? D'une manière générale, cela n'est pas douteux. Méthodiquement administré, il peut dans beaucoup de cas, en abréger le cours, en atténuer les effets.

Mais si l'on veut formuler cette influence, de manière à rapporter à telle ou telle médication les variétés de succession ou d'association de symptômes, l'on court grand risque de se tromper. M. H. Lée, dans une statistique de 166 observations de syphilis secondaire (1838-39), a déclaré que le mode de traitement de l'affection primitive a un effet très-marqué sur la forme dans laquelle la syphilis constitutionnelle se présente : la papuleuse et la squameuse s'ob-

serveraient beaucoup plus fréquemment après des chancres auxquels on n'a opposé qu'un traitement local; la pustuleuse et la tuberculeuse, au contraire, après l'administration du mercure.

On sait que ce dernier médicament a été accusé surtout, et non sans raison, de produire des désordres très-graves et d'effroyables complications dans la marche de la maladie, — dont il est, pour d'autres personnes, l'antidote souverain. Ainsi, pour certaines gens et pour quelques praticiens en particulier, les accidents tertiaires ne sont que le résultat de l'administration du mercure ; tandis que beaucoup d'autres attribuent ces symptômes à l'absence du même traitement. Pour ceux-ci, l'usage de la médication mercurielle eût prévenu les accidents que ceux-là rapportent à son emploi.... — Voilà bien les conjectures ordinaires !

Ces deux opinions contradictoires sont également erronées. S'il est vrai que le mercure, intempestivement ou abusivement administré, est suivi d'aggravations plus ou moins redoutables, il n'est point exact de le rendre justiciable des symptômes qui se produisent fréquemment en dehors de toute médication. Et, d'autre part, les heureux effets de l'administration des sels mercuriels contre les symptômes secondaires, dans beaucoup de circonstances, n'infirment pas cet autre fait indéniable de la marche persistante et progressive de la maladie, malgré le traitement le plus méthodique et le plus assidu. Ce qui prouve que l'influence du traitement, si considérable qu'on la suppose d'ailleurs, n'a point de résultats identiques dans toutes les variétés de la forme qui nous occupe.

E. Quelles sont en définitive les *variétés* que présente la syphilis confirmée ?

Nous ne saurions avoir la prétention, dans une question aussi nouvelle, d'établir des catégories rigoureuses. En indiquant celles qui suivent, d'après le dépouillement des faits tirés de notre propre observation ou de celle des auteurs, nous cherchons seulement à fournir quelques éléments à la solution du problème qui nous occupe.

1° *Syphilis confirmée légère.* Un premier degré de la syphilis confirmée, le plus simple et de beaucoup le plus rare de tous, est caractérisé par *la seule transformation plastique* de l'ulcération primitive avec la *pléiade adénique* ordinaire, *sans accidents ultérieurs.*

Nous en trouvons un exemple publié par M. L. Simon fils (1) : c'est la deuxième observation de l'auteur dont voici le résumé sous le titre suivant que nous croyons devoir lui donner :

OBSERVATION X. — *Syphilis confirmée simple et légère, induration chancreuse, pléiade ganglionnaire ; point d'accidents ultérieurs.*

D..., adulte de quarante ans. Chancre contracté en mai 1851 et qui s'indure ; traité par la cautérisation et les mercuriaux à haute dose. Lorsque le malade consulte M. L. Simon, à la fin du deuxième mois, l'ulcération est cicatrisée, mais l'induration persiste ainsi que l'engorgement ganglionnaire. Pas de symptômes secondaires, si ce n'est un commencement d'alopécie. (M. L. Simon prescrivit à deux reprises le *lachesis* et le *mercurius solubilis* à dilutions très-infinitésimales, du 20 juillet à la fin de septembre.) A cette dernière époque, l'induration avait disparu entièrement ; un mois après, l'engorgement ganglionnaire se dissipe à son tour... Le malade, qui n'a pas été perdu de vue pendant sept ans, n'a jamais présenté aucun accident constitutionnel (2).

(1) Léon Simon fils, *Des maladies vénériennes et de leur traitement homœopathique.* Paris, 1859.

(2) Le malade a eu un an après une hydrocèle vaginale simple, laquelle n'a aucun rapport, comme on le sait, avec la syphilis.

M. L. Simon atteste les bénéfices du traitement. Nous ne voulons rien contester. Mais voit-on les traitements les plus divers prévenir l'explosion des symptômes secondaires, lorsque le chancre induré compte déjà deux mois de date ou même moins ? D'ailleurs, il est des cas où l'on ne peut invoquer cet argument. La preuve, la voici :

OBSERVATION XI. — *Syphilis confirmée simple et légère, induration chancreuse, pléiade ganglionnaire ; point d'accidents ultérieurs.*

« M. R... vint nous montrer un chancre entouré d'une base dure, circonscrite, très-bien formulée. Il avait de petits ganglions roulant aux deux aines. Notre diagnostic fut *chancre induré* et vérole constitutionnelle obligée. M. R... nous dit cependant qu'il avait déjà eu un chancre présentant la même physionomie, la même dureté et qu'il s'en était guéri sans traitement. Nous nous bornâmes à des pansements locaux, et la cicatrisation s'opéra en un mois. La dureté s'était éteinte graduellement.

« A 8 mois de distance, M. R... revint avec un chancre en arrière de la couronne du gland. Ce chancre était encore dur et disparut sans traitement spécifique. Notre malade n'a jamais eu la vérole constitutionnelle (1). »

Ces cas sont rares à la vérité,—si on ne confond pas toutefois la transformation *plastique*, chondroïde, élastique, constitutionnelle, avec l'empâtement inflammatoire de la périphérie chancreuse dans la syphilis simple.

A la suite des précédents, on voit des cas où la maladie se termine spontanément au début même des accidents secondaires, après de vagues phénomènes prodromiques et quelques syphilides superficielles et fugaces. J'en pourrais citer bon nombre d'observations, mais, comme plusieurs malades ont suivi un semblant de médication, et que d'autres ont été perdus de vue au bout d'un certain temps, ces

(1) Melchior Robert, *loc. cit.*, p. 359.

faits pourraient soulever certaines objections. Qu'il nous soit donc permis d'emprunter à un syphilographe dont on ne récusera point l'autorité, — M. Diday,— le fait suivant qui établira notre thèse suffisamment. Nous supprimerons, pour abréger, les détails anecdotiques inutiles au sujet principal.

OBSERVATION XII. — « Je fus appelé en avril 1852.... J'examine donc et je trouve à droite, sur le reflet, une érosion superficielle à peine indurée, recouverte d'une mince écaille... Elle existait depuis près de quinze jours, sans qu'aucun traitement local ou général eût été fait.... Après avoir ordonné une, plus tard deux pilules au proto-iodure de mercure,... je me retire.

« ...La lésion primitive n'augmenta pas, elle alla même bientôt en s'effaçant ; mais au bout de six semaines environ, je constatai une roséole évidente, accompagnée de céphalée (prescription de continuer les pilules).

« A deux mois de là, on me fit encore revenir pour deux plaques muqueuses légères, mais bien dessinées, du scrotum (continuation des pilules et pommade au calomel).

« Ce cher client fut bien guéri, et il est resté en parfait état de santé, sans récidives, (jusqu'à sa mort, survenue plus de neuf ans après d'une manière accidentelle, en septembre dernier).

« Or, quelques semaines après ma dernière visite, on avait trouvé, dans sa table de nuit, ses boites de pilules, intactes. Il avoua franchement n'avoir pas voulu prendre ce médicament, sachant ce qu'il contenait (1)....»

L'auteur cite plusieurs de ces faits qui montrent des accidents constitutionnels *faibles* succédant à une lésion primitive légère. Mais il ne faudrait pas prendre l'induration comme un syphilomètre, et se hâter de tirer d'un chancre légèrement induré un pronostic favorable, sous peine de recevoir de nombreux démentis.

Quoi qu'il en soit, ces deux degrés, dont nous venons de

(1) *Hist. nat. de la Syphilis*, p. 90.

rapporter les exemples, constituent une variété que l'on pourrait désigner peut-être sous le titre de *syphilis confirmée légère*. Cette catégorie correspond en grande partie à la *venerola vulgaris* d'Evans, à la *syphiloïde* de Rinecker.

2° *Syphilis confirmée commune*. Sous ce nom se groupent naturellement les cas les plus ordinaires de la maladie. Ils sont très-variés, tant par le siége ou la multiplicité des lésions que par leur durée ou leurs récidives.

Le type le plus banal est le suivant : chancre avec ses diverses variétés d'induration ou de transformation condylomateuse chez la femme. Sur cette dernière, plaques muqueuses génito-anales plus ou moins confluentes apparaissant fréquemment en même temps, quelquefois un peu avant les prodromes dynamiques. De un à trois mois après la première manifestation de la lésion primitive, celle-ci n'ayant pas même toujours encore disparu, prodromes plus ou moins accusés et persistants, pendant lesquels éclatent les éruptions généralisées : syphilides roséolique, papuleuse, ou vésiculeuse. En même temps, dysphonie, angine avec erythème ou plaques opalines des amygdales. Cette première poussée, fréquemment abrégée par le traitement, dure deux ou trois mois ; mais la maladie n'est point avec elle terminée. Le plus ordinairement, et souvent au bout de quelques semaines, il se produit une éruption nouvelle de plaques muqueuses, soit localisées dans les mêmes points, soit disséminées en de nouveaux : sur la muqueuse et à la commissure des lèvres, dans le sillon de l'aile du nez, dans l'intervalle des orteils ; des ulcérations plus persistantes de la gorge ou des pustules par groupes. En général, ces poussées se succèdent séparées par des intervalles de plus en plus prolongés, pendant lesquels le malade et parfois le médecin se confient dans l'apparente guérison. Si, comme il arrive très-fréquemment, le premier,

déçu dans ses espérances, va réclamer d'autres conseils ou d'autres soins, il est facile de comprendre que le même observateur a rarement l'occasion de suivre jusqu'au bout la complète évolution de ces poussées multiples de la syphilis confirmée commune.

M. Diday, qui, dans ces derniers temps, s'est préoccupé, — comme tant d'autres avant lui, — de l'inutilité et des dangers du mercure contre ces cas dont la guérison spontanée est très-souvent, d'ailleurs, la règle, — n'a pas manqué de collectionner bon nombre de faits qui démontrent ces fréquentes récidives de la maladie, en dépit de tous les traitements. Il serait superflu de rapporter ici de semblables exemples. Citons seulement ceux qui peuvent nous intéresser à d'autres points de vue, concernant les caractères et les évolutions des chancres en particulier.

Observation XIII. — Syphilis confirmée : *Chancres mous de la vulve. Inoculation positive. Transformation en plaques muqueuses.*

Henri-Élisa X., âgée de seize ans, brunisseuse, d'une bonne constitution, réglée à quinze ans, est entrée il y a cinq mois à Lourcine pour une vaginite dont elle est sortie guérie au bout de deux mois. Elle rentre aujourd'hui 9 novembre 1844, salle Saint-Bruno, n° 37 (service de M. Cullerier), pour des chancres dont l'apparition remonte à sept ou huit semaines. Elle ignore ce qu'avait la personne avec qui elle les a contractés, et n'a pris pour tous soins que des bains et une tisane insignifiante.

Les chancres, situés principalement sur les nymphes, sont bien caractérisés, arrondis, à fond d'un rouge grisâtre, à bords coupés nettement, entourés d'une auréole inflammatoire ; un d'eux, siégeant à la face interne de la nymphe gauche, est plus profond que les autres, plus allongé de haut en bas, présentant au fond une couche pultacée grisâtre, des bords durs ; cependant ce n'est pas là l'induration spécifique. Le pus de cette dernière ulcération chancreuse est inoculé, le même jour de son entrée, à la malade, sur la cuisse droite.

— Le lendemain 10, au point inoculé, s'élève déjà une vésicule transparente et opaline avec liséré rouge. Au bout de quarante-huit heures, cette vésicule présente un point trouble, et devient acuminée. (Destruction et cautérisation.) Le 12, petite escharre noirâtre, arrondie ; travail inflammatoire à la périphérie. (Cautérisation.) Le 15, le fond, après l'escharre détachée, est rouge et vermeil. (3e cautérisation.) Le 20, la cicatrisation est complète. —

Pendant que nous suivions cette pustule d'inoculation, nous avons observé les phénomènes suivants du côté des chancres de la vulve. La malade se pansait avec le vin aromatique, et nulle cautérisation n'avait été faite encore aux chancres qui n'augmentaient pas néanmoins. Vers le 15 novembre, en examinant leur état, j'aperçus, à la place du liséré rouge, une élévation périphérique qui s'étendait vers le milieu de l'ulcération, et recouverte en quelque sorte par une surface lisse et muqueuse, contrastant avec l'état pointillé et granuleux du centre ulcéré et encore grisâtre. Cet état, plus ou moins manifeste sur plusieurs chancres, n'existait pas dans tous : plusieurs paraissaient se cicatriser simplement. Il était évident que ce travail était commencé depuis plusieurs jours.

Les jours suivants, le fond se souleva au niveau des bords l'ulcération centrale disparut, toute la surface devint lisse, régulière et aplatie, un peu sèche. Les chancres peu nombreux qui avaient continué leur cicatrisation simple ne laissaient presque aucune trace.

Le 25, il se développa d'emblée, aux environs de l'anus, de nouvelles plaques en tout semblables aux précédentes. Les cautérisations, renouvelées chaque deux jours, les firent entrer immédiatement en résolution.

Le 4 décembre, la résolution était complète partout.

Le 6, il ne restait plus que des taches violacées à l'anus ; à la vulve, il se forme encore quelques petites élevures dont une même s'exulcéra superficiellement.

Le 18, elles étaient encore affaissées par les cautérisations, et les taches ardoisées commençaient à s'éteindre.

Le 30, la malade obtient sa sortie, n'ayant fait aucun traitement général.

Cette observation nous intéresse à plusieurs points de vue. D'abord, par l'absence de l'induration chancreuse. Ensuite, la transformation condylomateuse est ici évidente. Enfin l'un des chancres simples sur lesquels elle s'est développée, inoculé préalablement, a donné la pustule caractéristique. Ce travail de transformation, dont toutes les évolutions se sont déroulées sous nos yeux, a commencé vers la fin du deuxième mois et avant tout prodrome constitutionnel. Il peut être encore plus précoce, et, dans ce cas, les plaques muqueuses, — chez les femmes surtout, — semblent figurer des lésions veritablement primitives.

Voici un fait de chancre mou et de chancre dur, coexistant sur le même sujet, à quelques lignes l'un de l'autre.

Observation xiv. — Syphilis confirmée : *Chancres mous et indurés des grandes lèvres ; symptômes secondaires, plaques muqueuses, roséole.*

Marie Houlet, dix-neuf ans, bonne constitution, fortement développée, lingère, entre le 30 août 1844, salle Saint-Bruno, hôpital de Lourcine (service de M. Cullerier), pour des chancres vulvaires de formation récente, sur l'origine desquels il est difficile d'avoir des renseignements précis. Ils sont situés, au nombre de deux, sur la grande lèvre droite à sa partie inférieure ; l'un est superficiel, arrondi, comme une pièce de vingt-cinq centimes, sans aucune dureté des bords ou de la base, creux, grisâtre ; l'autre ovalaire, grand comme une pièce de dix sous, saillant, livide et supporté par une base résistante et dure. Quoique rapprochés, l'induration de ce dernier ne s'étend nullement au premier. Engorgements inguinaux multiples, bilatéraux, peu accusés.

Pansement avec le vin aromatique.

14 Septembre. Le chancre mou est cicatrisé, le dur est encore exulcéré superficiellement.

18. Éruption confluente d'herpès dans toute la région génito-crurale.

25. Symptômes dynamiques, céphalée, *acné capitis*, alopécie, engorgements cervicaux et roséole générale, plaques muqueuses autour de l'anus. (Liqueur de Wan-Swieten.)

16 Octobre. Roséole dans tout son éclat. L'induration persiste aussi accusée après la cicatrisation du dernier chancre, avec une couleur plus sombre que sur les parties voisines.

30. Nouvelles petites plaques dans les plis radiés de l'anus. (Cautérisation, fumigations cinabrées.) Induration encore marquée.

5 Novembre. Disparition de la roséole et des plaques.

16. Guérison apparente et sortie.

A la précédente catégorie d'observations de syphilis confirmée se terminant un peu plus tôt, un peu plus tard, suivant la médication, à la limite des symptômes tertiaires, il faut ajouter d'autres faits que l'ensemble des évolutions caractérise de la manière suivante : chancre solitaire avec induration parcheminée ou calleuse, sec, suppurant peu, souvent phagédénique; éruptions secondaires rarement généralisées, souvent tardives; plutôt localisées au front (couronne de Vénus), sur le menton (mentagra), aux ongles (onyxis), au scrotum ou à l'anus, sous formes de papules lenticulaires, d'anneaux circinnés, de groupes pustuleux, de tubercules agglomérés, ou de cercles squammeux. La maladie peut s'arrêter encore à la limite des accidents invétérés, mais sous le bénéfice du traitement.

Observation xv. — Syphilis confirmée : *Chancre phagédénique, couronne de Vénus, ecthyma, exanthème tardif, plaques muqueuses*, etc., etc.

Farre, quarante-cinq ans, entré le 11 octobre au Midi, salle première, n° 13 (service de M. Ricord). Le 15 juillet 1844 a contracté un chancre. N'en avait jamais eu auparavant. S'était toujours bien porté. Il ne se plaignait alors que d'une seule chose, un excès d'embonpoint. — Au commencement, il a été traité par un médecin qui lui faisait prendre des pilules de mercure et

une pommade pour pansement. Ce traitement a duré deux mois. Le chancre a pris, dès le début, une marche phagédénique. Le traitement ne l'a pas enrayé un seul instant. Quand le malade est entré à l'hôpital, une première fois le 1er octobre 1844, presque tout le gland était déjà détruit. M. Ricord a d'abord fait suivre un traitement mercuriel qui est resté inutile; il a ensuite donné la ratanhia à l'intérieur et en pansement, également sans succès. — Vers la fin de décembre, après avoir détruit une grande partie des corps caverneux, le chancre s'est cicatrisé rapidement. Le malade est sorti, se croyant guéri, le 13 janvier. — Un mois après, le malade a quitté Paris. Arrivé à Lyon, son chancre a reparu, ou plutôt un petit point qui était resté plus rouge et qui ne paraissait pas aussi bien cicatrisé que le reste de la plaie, s'est ulcéré. L'ulcération s'est étendue rapidement et a détruit une nouvelle portion de la verge. Le malade entre à l'Antiquaille où M. Diday le fait panser avec l'huile d'amande, le vin aromatique. En même temps il a pris quelques bains. Le 8 avril, il est sorti, le chancre bien cicatrisé. cette fois.

Mais, quelques jours après sa sortie de l'Antiquaille, des boutons rouges ont paru sur le front. En même temps il en est venu dans les oreilles, lesquels ont occasionné du suintement. Plus tard, boutons à l'anus (plaques muqueuses qui persistent encore aujourd'hui). Le malade n'a fait aucun traitement pour ces éruptions qui ont disparu spontanément.

Au commencement d'octobre, il a paru sur le dos de la main un petit bouton pustuleux, qui s'est étendu peu à peu, s'est ulcéré et s'est recouvert de croûtes. Il en est venu de semblables sur les jambes et les cuisses au nombre de cinq. Ils ont aujourd'hui la forme et l'aspect de l'ecthyma. — Au mois de juillet, le malade a eu une éruption exanthématique sur tout le corps avec des douleurs articulaires. Ces symptômes ont persisté un mois ou cinq semaines; puis ils ont disparu spontanément.

Au moment où le malade est entré à l'hôpital, il présente quatre ou cinq grosses pustules d'ecthyma recouvertes de croûtes. Il présente en outre une nouvelle série de plaques muqueuses très-saillantes autour de l'anus.

Sorti guéri le 26 décembre 1845.

OBSERVATION XVI.— Syphilis confirmée : *Chancre phagédénique. Développement rapide des accidents tertiaires, malgré le traitement mercuriel.*

Doré, trente-cinq ans, charron, entre le 12 avril 1845 à l'hôpital du Midi, salle cinquième, n° 10 (service de M. Ricord). Très-bonne santé antérieure. Jamais aucune affection vénérienne jusque-là. Il y a deux ans, *chancre* pénien, lequel a détruit complétement le gland en trois mois, puis il s'est cicatrisé. Le traitement mercuriel a été employé dès les premiers temps par M. Lediberder à Lorient, porté jusqu'à la salivation et longtemps prolongé sans aucun résultat. Quinze jours avant la cicatrisation du chancre, il est venu sur les jambes vingt-cinq grosses *pustules* dont on voit encore les cicatrices blanchâtres; et, six semaines après, *angine* qui persiste encore.

Aussitôt après l'éruption pustuleuse, tumeur volumineuse et dure de la région molaire; *périostose* qui s'est ramollie peu à peu et s'est ouverte spontanément au bout de six mois, entraînant au milieu du pus quelques lames osseuses. Cette éminence, aujourd'hui déprimée, présente encore quelques trajets fistuleux.

D'autres *tumeurs gommeuses* ont apparu successivement : trois sur le front, une sur le dos de la main gauche, une sur le cubitus droit, une sur la rotule du même côté. Les unes sont molles, les autres ulcérées. Ces dernières sont profondes, à fond grisâtre, à bords nettement coupés, entourés d'une auréole rouge. Celles qui siégent sur le front sont accompagnées d'une *douleur de tête* très-vive, *surtout la nuit,* s'étendant à toute la région frontale et se déplaçant pour se porter parfois à la région occipitale.

A la gorge, il existe un *ulcère perforant* qui a détruit le voile du palais et s'étend aux fosses nasales et sur les côtés du pharynx.

Indépendamment des gommes, il existe, au sourcil droit et à la jambe gauche, deux taches recouvertes en partie de *squammes croûteuses* arrondies, et de $0^m,04$ à $0^m,05$ de diamètre.

Enfin, *rétraction* du fléchisseur du doigt auriculaire de la main gauche : la deuxième phalange est fléchie sur la première à angle obtus. La jambe droite est aussi dans un état de demi-flexion permanente sur la cuisse.

A diverses reprises, *accès de fièvre quotidiens* durant douze heures (dans l'après-midi et la nuit), ne se terminant pas par des sueurs et que l'on a vainement essayé de couper.

Le malade est considérablement amaigri et cachectique. Il a trente-cinq ans, et, à voir sa figure altérée, ridée, pulvérulente, couleur de parchemin, on le prendrait pour un vieillard décrépit. Très-découragé d'ailleurs par l'inutilité de tous les traitements.

On le met à l'usage des viandes rôties, du vin de Bagnols, etc., et de l'iodure de potassium (2 grammes).

En quinze jours, l'amélioration était sensible ; elle a été rapide ; l'ulcération de la main s'est d'abord cicatrisée, les gommes non ulcérées sont entrées en résolution, etc., etc.

Ainsi, le traitement pendant la période secondaire n'a pas empêché les symptômes tertiaires d'éclater chez ce dernier malade, — pas plus que, sur l'avant-dernier, le mercure ne fut coupable de ces accidents, puisqu'il n'avait jamais été administré.

D'autres cas pourraient constituer une variété *commune tardive*, en l'absence comme en présence du traitement.

Observation XVII. — Syphilis confirmée tardive : *Accidents primitifs remontant à 14 années ; caries osseuses multiples. Point de traitement.*

Louise Baudet, vingt-neuf ans, lingère, entre le 29 juillet 1844 à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruno, n° 9 (service de M. Cullerier).

Il y a quatorze ans déjà, chancres, tumeur indolente à l'aine droite, avec écoulement. Au bout de quatre semaines, elle consulta un médecin qui lui ordonna des bains et le copahu : ce dernier médicament ayant occasionné de vives coliques ne put être supporté. Quelque temps après, éruption de boutons plus saillants et végétations dans la sphère génito-anale qui persistèrent, malgré les cautérisations et les excisions pendant plus de six mois. Quinze jours après leur disparition, douleurs ostéoco-

pes vives, exacerbantes la nuit, de la cuisse droite et dans la tête. Il n'y a jamais eu de traitement interne.

Pendant huit ans, la santé reste bonne et la malade sans la moindre inquiétude. Elle affirme n'avoir éprouvé aucun autre symptôme vénérien local ou général, jusqu'au retour des douleurs dans la tête, et en particulier à la racine du nez et à la région sus-orbitaire, il y a quatre ans. Les sécrétions nasales deviennent sanieuses, abondantes, fétides. Au bout d'un an, elles contiennent des détritus membraniformes et osseux, l'odorat se perd, le nez s'affaisse; les os sont rejetés partiellement au milieu d'une abondante suppuratión. En outre, depuis huit mois, douleurs intolérables, la nuit, dans la mâchoire supérieure ; au bout de deux mois, les gencives des incisives moyennes et latérales se ramollissent, les dents vacillent et tombent bientôt avec leurs alvéoles. Une portion d'os assez volumineuse est détachée par la malade. Enfin, il y a six mois, nouvelles douleurs frontales se localisant à la région sous-orbitaire gauche, où se forme une tumeur molle qui s'abcède et dont l'ouverture fistuleuse donne passage à du pus et à des fragments osseux.

On constate: 1° la destruction complète de la charpente osseuse du nez qui est au même niveau que les orbites ; l'espace interorbitaire lui-même se laisse facilement déprimer ; 2° au-dessus de la bosse frontale, du côté droit, fistule entrant dans une large anfractuosité qui communique avec l'intérieur des fosses nasales ; 3° perforation de la voûte palatine à sa partie antérieure et moyenne, et destruction de l'arcade dentaire correspondante. De sorte que, depuis la bouche jusques aux sinus frontaux, il existe un vaste foyer morbide non interrompu, au milieu duquel tous les tissus sont atteints par l'ulcération et la carie.

Au milieu de ces ravages, sauf une teinte un peu terreuse des téguments, la santé se maintient assez satisfaisante.

L'iodure de potassium à la dose d'un gramme occasionne les premiers jours un peu d'inflammation gastro-intestinale. Sous son influence, les douleurs nocturnes s'affaiblissent, mais la suppuration reste stationnaire. La malade sort dans le même état le 31 août.

Observation XVIII. — Syphilis confirmée : *Accidents primitifs et*

secondaires 4 ans auparavant. Angine tertiaire après le traitement mercuriel.

Marie Hervy, vingt-cinq ans, a contracté des chancres en 1839. Six mois après, éruption généralisée, considérée comme syphilitique et traitée par une liqueur qui paraît être celle de Wan-Swieten.

A la suite de ce traitement, guérison, et silence complet des accidents pendant quatre années.

Puis, sans contagion nouvelle, éruption boutonneuse en différents points du corps, traitée à l'hôpital Saint-Louis pendant dix mois par le traitement spécifique.

Un an se passe en l'absence de tout accident. Traitée à fond et longtemps, la malade se croit définitivement guérie, lorsque survient une angine qui s'aggrave rapidement, loin de disparaître.

Elle entre alors, en avril 1843, à Lourcine, salle Saint-Louis, 26, où M. Cullerier lui fait prendre de la tisane de saponaire avec addition d'iodure de potassium à doses croissantes. A ce moment, une vaste ulcération avait détruit une bonne partie du voile palatin, les piliers antérieurs, échancré les amygdales et labouré largement la paroi postérieure du pharynx. Les ganglions maxillaires étaient notablement engorgés et douloureux à la pression, la déglutition difficile, la voix rauque et nasonnée. Malgré un érysipèle de la face qui força d'interrompre le traitement pendant quelque temps, lorsque la malade sortit de l'hôpital, le dix-huit mai, l'ulcération s'était promptement et complétement cicatrisée ; il n'y avait plus de dysphagie.

Deux mois après, cette malade se présente de nouveau accompagnant à la consultation une de ses amies malades, et l'on constata la cicatrisation parfaite de la gorge, la santé générale excellente.

Cependant elle rentre encore à Lourcine, au mois de mars de l'année suivante (1844), salle Saint-Bruno, n° 20. Il y a deux mois environ que l'angine a récidivé avec fièvre au début, engorgement ganglionnaire, dysphagie, voix nasonnée, expuition purulente. Sur les conseils d'un médecin, elle a pris la salsepareille additionnée de sirop de Cuisinier, fait des frictions avec le protoiodure mercurique (1 gr. p. 20 d'axonge) ; puis elle

s'est décidée à revenir dans le service de M. Cullerier. Le voile du palais, les piliers, les tonsilles sont entièrement détruits ; le bord postérieur de la voûte est boursouflé. Une sanie abondante baigne ces parties. Deux grammes d'iodure de potassium à l'intérieur à partir du 7 mars ; nouvelle amélioration rapide.... La malade sort de nouveau dans un état aussi satisfaisant que possible peu de temps après. Nous l'avons, depuis cette époque, perdue entièrement de vue.

Ainsi, chez ces deux malheureuses femmes, le mal a marché avec obstination, après des intervalles prolongés soit en l'absence, soit en présence du traitement.

Il serait facile de citer des faits démontrant l'impuissance de toute médication dans certaines circonstances, — malgré la constitution excellente des malades, — et la persistance des accidents jusqu'à la mort, en dépit de tout.

3° *Syphilis confirmée prolongée.* — Au lieu d'accidents multiples, ce sont parfois des affections isolées, fixes, rebelles, survenant longtemps après une première période lointaine plus ou moins inaperçue ou même ignorée, qui prolongent le cours de la maladie et entretiennent les hésitations du diagnostic. J'en donnerai pour exemple l'observation suivante qui mérite quelque intérêt à beaucoup d'égards :

Observation xix. — Syphilis confirmée prolongée. *Amaurose double. Accidents hépatiques.*

Au commencement de l'année 1845 fut reçue, dans les salles de l'hôpital Saint-Antoine, la nommée Marguerite Gauthier, âgée de vingt-huit ans, dévideuse de soie, née à Charlieux (Loire), affectée d'une amaurose double depuis quatre ans. Cette fille, longtemps traitée à Lyon et à Paris par des oculistes à juste titre renommés et dernièrement à la Charité par M. Velpeau, après avoir épuisé ses modiques ressources et n'espérant plus aucun résultat d'un traitement, avait obtenu, par une haute protection, un lit à l'hôpital, en attendant son placement dans quelque

asile de charité. Après avoir essayé de nouveau l'application de vésicatoires, d'un séton, les frictions avec la noix vomique, la belladone, les pilules de Richter, et tout l'arsenal des antispasmodiques, — en pure perte, — le vénérable docteur Kapeler, considérant l'état amaurotique de la malade comme incurable, suspendit tout traitement. Cependant, cet excellent et consciencieux médecin ne se résignait pas facilement à l'inaction même dans les cas les plus rebelles, et, lorsque je pris le service, en qualité d'interne, dans ses salles, en 1846, je reçus l'ordre d'étudier de près ce fait clinique désespéré.

Ce ne fut qu'à grand'peine que j'obtins les renseignements suivants. Parents sains ; son père n'a jamais été malade ; sa mère morte à quarante ans d'une affection chronique du cœur, ainsi que deux sœurs atteintes du même mal en bas âge. N'ayant pas été vaccinée, elle eut à sept ans une variole confluente grave. A ce moment, à la mort de sa mère, et son père s'étant aussitôt remarié, elle fut recueillie par une dame de son pays qui en prit soin. A dix-sept ans, elle fut prise pour la première fois de coliques hépatiques avec accidents consécutifs graves qui nécessitèrent l'emploi des sangsues et des saignées répétées. Les règles se rétablirent mal. Quelques attaques hystériques à la suite de contrariétés.

A dix-neuf ans, entrée dans un atelier de Lyon pour dévider la soie, la jeune fille, livrée à elle-même, s'attacha à un ouvrier ayant une existence assez nomade. Ce dernier fut obligé bientôt de cesser ses relations intimes avec elle, à cause de quelques symptômes qu'il avait contractés et qui l'obligèrent à garder le lit ; il avait un écoulement et plus tard mal à l'anus. Quelle était la nature de cette affection ? Elle l'avait toujours ignoré. Mais elle-même, deux mois après (au 6e mois de sa grossesse), vit survenir quelques boutons sur sa figure et au cuir chevelu, avec une violente céphalée et chute des cheveux. Ces accidents furent mis par le médecin, qui soignait son amant, sur le compte de la grossesse, et traités néanmoins par les mêmes moyens prescrits à ce dernier. Ces accidents disparurent promptement. L'accouchement eut lieu à terme, mais l'enfant succomba dans l'état cachectique au bout de neuf mois.

Plusieurs années s'écoulent dans un état de santé excellente.

Un jour, en allant puiser de l'eau à une fontaine, Marguerite sent sa vue se brouiller; la vision est très-affaiblie dans l'œil du côté droit. Un médecin ordonne successivement des vésicatoires volants et à demeure, la belladone, les purgatifs répétés; le brouillard de la vue diminue, mais ne cesse point.

Peu de temps après, les deux yeux se perdent simultanément, à la suite de fatigues et de veilles pénibles (à l'occasion de son amant pris de graves douleurs rhumatismales et bientôt après atteint d'aliénation mentale). La cécité devient complète.

Le médecin qui soignait le jeune couple fort éprouvé institua pour la pauvre aveugle (qui m'en a remis les ordonnances) le traitement suivant : 1° matin et soir, une pilule contenant un demi-centigramme de sublimé corrosif avec extrait gommeux d'opium et valériane; 2° chaque jour, une cuillerée à bouche d'une solution iodurée (1 gramme d'iodure de potassium) ; 3° douches d'eau vinaigrée, etc., etc.

Après quatre mois de ce traitement suivi sans interruption, la vue était à peu près rétablie.

Six mois après, douleurs périorbitaires nocturnes, retour rapide de l'état de cécité. Un nouveau médecin de l'Institut ophthalmologique applique de larges vésicatoires sur le cuir chevelu, pratique des émissions sanguines locales et générales, administre des pilules de Vallette. La vision se rétablit de nouveau, et la malade reprend sa profession dans l'atelier.

Au commencement de 1845, cécité plus complète que jamais, — qui n'a point cessé depuis.

L'examen des yeux ne permet de constater que les symptômes ordinaires de l'amaurose double. Les pupilles ne sont point contractiles à la plus vive lumière, leur contour est fixe, régulier. La malade distingue encore le jour des ténèbres, mais c'est à peu près tout; sauf en un foyer très-limité de l'œil gauche par lequel arrivent encore quelques rayons lumineux, la vision paraît généralement abolie. Le fond oculaire est noir avec un léger reflet opalin. Aucune trace de lésion osseuse autour de l'orbite où se manifestent parfois, de chaque côté, des douleurs vives. Chaque crise menstruelle est ordinairement précédée d'accès fébriles avec leurs trois stades. Le sang de la fluxion périodique est peu abondant, mais bien coloré. La constitution

générale est bonne d'ailleurs, et, à part quelques symptômes hystériformes, il n'y a point d'état chlorotique accusé.

D'après ces symptômes, j'institue le traitement suivant : salsepareille, sirop sudorifique, mercure soluble de Hahnemann (0,05 centigrammes en pilules par jour), iodure potassique (2 grammes dans la tisane).

Au bout de huit jours, la vision s'éclaircit. La malade commence à apercevoir vaguement ses mains en tricotant.

Un mois après, elle distingue les personnes qui l'environnent.

Le deuxième mois, amélioration progressive. La malade se conduit elle-même partout.

Le troisième mois, elle nomme les lettres d'imprimerie qui ont $0^{m},01$ de hauteur. Elle lit les caractères ordinaires à la fin du quatrième mois.

Le traitement n'a pas dépassé la dose indiquée ci-dessus. Il a été suivi quatre mois, mais avec de fréquentes interruptions, surtout aux époques cataméniales. Quelques jours avant, l'accès fébrile s'annonçait par des élancements au-dessus des sourcils avec battements profonds ; puis il survenait des vomissements ou de la diarrhée avec oppression et douleur tensive des hypocondres, un peu d'ictéricie parfois, et les accès fébriles se déclaraient. (C'étaient là vraisemblablement des coliques hépatiques intercurrentes développées antérieurement à la contamination syphilitique.)

La guérison était aussi complète que possible au bout de six mois. J'ai eu l'occasion de suivre encore assez longtemps cette malade, qui est restée pendant deux ans en qualité de domestique à mon service, jusqu'à son mariage ; et sa vision s'est bien maintenue. Toutefois, tombée dans la misère avec son mari, et, sous l'influence de toutes sortes de privations, elle a été en proie, dix ans plus tard, à des accidents nouveaux et répétés du côté du foie dont elle a été soignée à son Bureau de bienfaisance ; et sa vue avait perdu en ce moment une partie des bénéfices que le traitement antérieur lui avait assurés.

L'amaurose syphilitique simple ou double n'est point très-rare. Il m'a été donné d'en recueillir trois autres obser-

vations dans le même service et la même année. Le *lupus*, les ulcérations serpigineuses, les gommes, les affections osseuses ou viscérales peuvent être la manifestation unique et tardive de la syphilis prolongée.

La syphilis confirmée peut se prolonger par suite de l'évolution successive d'accidents multiples, à longue échéance de l'accident primitif :

OBSERVATION XX.— Syphilis confirmée : *Accidents primitifs neuf ans auparavant. Céphalée nocturne. Tubercules ulcérés du front, du palais. Phénomènes cachectiques commençants.*

Moreau, vingt-cinq ans, entre, le 22 juillet 1845, salle deuxième, n° 26, au Midi (service de M. Ricord). En 1836, chancre unique traité par les pilules de Dupuytren. Aucun symptôme secondaire, à part quelques boutons croûteux dans le cuir chevelu. Pendant les sept années qui suivent, le seul accident est une blennorrhagie soignée par le copahu. En 1843, pour la première fois, *céphalée* très-intense, *surtout la nuit.* M. Gerdy a fait suivre un traitement par la liqueur de Wan-Swieten (le malade en a pris 4 litres), qui a fait disparaître ce symptôme. Mais peu après, *enchiffrenement* de la narine droite qui a persisté. Il y a trois mois, *angine, tuméfaction* indolente du *nez,* et plusieurs boutons sur le front ; ces boutons se sont ulcérés consécutivement.

A son entrée, vers la partie moyenne du front, quatre *tubercules ulcérés* disposés circulairement ; ces ulcérations sont profondes, grisâtres, taillées à pic, entourées d'un liséré rouge. La racine du nez et sa charpente osseuse tuméfiées et le tégument livide et aminci dans ce point. Sur la muqueuse palatine et le voile, plusieurs ulcérations tuberculeuses profondes, dont l'une a perforé cette membrane dans toute son épaisseur. Les amygdales tuméfiées, la muqueuse de l'arrière-bouche enflammée ; la déglutition très-douloureuse. Céphalalgie nocturne empêchant tout sommeil. Anorexie, digestions troublées. La face pâle, terreuse, les yeux caves, entourés d'un cercle bleuâtre très-prononcé. (*Tisane de saponaire, iodure de potassium* (3 grammes par jour).

Amélioration prompte. Le 8 août, cicatrisation des ulcérations du front, l'appétit revenu ; l'inflammation de l'angine, la tuméfaction du nez, diminuées. Le 13 août, l'état général meilleur. Sortie à la fin de ce mois.

D'après l'opinion généralement accréditée, le mercure dirigé pendant un temps suffisant contre les symptômes secondaires, ou l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires, triomphent avec aisance et facilité de tous les maux. Bien plus, suivant certains auteurs, la guérison spontanée est la règle, après les premières poussées secondaires. Dans ce nombre figure M. Diday, qui, décrivant l'histoire naturelle de la syphilis, ne fait aucune mention des symptômes tertiaires. A plus forte raison, passe-t-il entièrement sous silence les phénomènes cachectiques et ultimes, ombres lugubres que l'on ne voit point obscurcir ses tableaux. Phénomènes rares, soit, mais qu'il ne faut point dédaigner. Aussi, rappèllerons-nous à M. Diday l'une de ses propres observations qu'il a insérée, il y a dix ans, dans son excellent traité de la *Syphilis des nouveau-nés*, — quoique le sujet soit un adulte et la maladie acquise. — Voici le fait textuellement, sauf la légende que nous ajoutons de notre chef.

Observation XXI. — Syphilis confirmée rebelle : *Lésions osseuses. Pemphigus. État cachectique. Mort.*

« Joseph L., âgé de trente-quatre ans, de constitution faible, pâle et chétif, exerçant depuis longtemps au village de H... la profession de tisserand, avait eu, étant au service, un *chancre* qu'il traita par la seule cautérisation, puis divers accidents peu graves : *pustules rebelles* et *fréquemment récidivées* à l'anus et au scrotum, *écailles* des mains et des pieds, *croûtes* épaisses du cuir chevelu. Un traitement par des pilules l'en débarrassa au bout de six mois.

« Rendu à la vie civile, J. L... ne resta jamais plus d'une année

sans être tourmenté par la réapparition de quelques suites de ce mal. Des *douleurs*, vagues d'abord, se localisèrent au *cubitus* droit et aux deux *tibias* : plusieurs fois des *tubercules* se formèrent dans l'épaisseur du voile palatin et suppurèrent.

« Sous l'influence des *douleurs nocturnes*, cet homme, usé d'ailleurs par d'anciens excès et par les conditions anti-hygiéniques de son métier actuel, maigrit, dépérit et s'étiola. Peu de tentatives thérapeutiques régulières furent dirigées contre les dernières altérations syphilitiques, malgré l'atteinte profonde qu'elles portaient manifestement à la santé générale. Il entra, à la fin de juillet 1845, à l'hôpital de l'Antiquaille pour une éruption dont le début datait de six semaines environ. A cette époque, après quelques jours de malaise, il s'était élevé sur les jambes, les bras et le ventre, de larges *ampoules* qui bientôt s'affaissèrent, de sorte que lors de l'entrée du malade on ne voyait plus, dans ces régions, plus rouges qu'à l'état normal, que l'épiderme plissé et desséché sous forme d'écailles minces. La poitrine et le cou, moins anciennement et moins gravement affectés, n'offraient qu'une desquammation légère.

« Toutes ces parties étaient douloureuses au toucher. Depuis quinze jours, un *mouvement fébrile* s'était établi, continu, avec exacerbation le soir ; soif vive, bouche pâteuse, inappétence, *faiblesse progressive*. Aucune teinte cuivrée de l'éruption.

« En même temps on constata sur le tibia droit une *exostose* ancienne, stationnaire, presque indolente ; sur le tibia gauche, une *périostose* d'origine un peu plus récente, siége de douleurs nocturnes ; au-dessous du coude droit un *nodus* volumineux, résistant, douloureux, ayant déjà un peu enflammé la peau.... L'iodure de potassium fut administré ; mais il ne fit que diminuer les douleurs ostéocopes, et n'exerça pas d'influence aussi marquée sur le nodus, dont la proéminence s'affaissa cependant un peu.

« Quant au pemphigus, il suivit une marche constamment et rapidement croissante. Les bains gélatino-sulfureux, puis alcalins, les préparations de fer et de quinquina, associées à l'opium, aidées des topiques appropriés, ne purent arrêter les progrès de cette affection, non plus que l'influence fâcheuse exercée à son tour par elle sur la santé générale ; le malade alla en

s'affaiblissant de plus en plus et succomba deux mois après son admission. »

4° *Syphilis confirmée galopante.* — Enfin, une quatrième catégorie comprend les cas dans lesquels les symptômes parcourent leurs étapes successives, avec une rapidité insolite. C'est la variété *galopante.*

Peu de jours après l'ulcération primitive, — parfois avant que celle-ci soit cicatrisée, — éclatent coup sur coup les symptômes secondaires et bientôt tertiaires. Le malade présente parfois même simultanément les trois périodes de la syphilis confirmée; ou bien on les voit se dérouler rapidement les uns à la suite des autres.

M. H. Roger a présenté à la Société de médecine des hôpitaux un enfant de 2 ans, atteint de syphilis acquise et sur lequel on put observer à la fois un chancre facial induré, des taches cuivrées sur la peau et des exostoses multiples (1).

Cette variété a deux degrés très-différents : ou bien elle guérit très-aisément et avec beaucoup de rapidité; ou bien, au contraire, les malades, quelquefois dans le cours de la même année, tombent dans l'état cachectique et meurent fatalement.

Je résume ici en peu de mots une longue observation rapportée par M. H. de Castelnau.

Observation xxii. — Syphilis confirmée galopante : *Accidents cachectiques, mort.*

Un charretier de trente-deux ans entre à l'hôpital du Midi pour un chancre *insignifiant* du prépuce, ne laissant d'autres traces que de la rougeur à la suite.

Quinze jours après, 4 mai 1843, angine; au centre du voile du palais, tubercule.

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 17 octob. 1863.

10. Ulcération du tubercule arrondie, à fond grisâtre, bords rouges, nettement découpés ; peu profonde.

20. Progrès de l'ulcère malgré le traitement le plus méthodique (salsepareille, gargarisme au sublimé, pilules de Dupuytren).

10 Juin. Douleurs ostéocopes des jambes (les pilules de Dupuytren sont remplacées par un gramme d'iodure de potassium).

20. Perforation du voile. Tuméfaction sur le dos du pied droit.

10 Juillet. L'état local s'aggrave et l'état général est en souffrance.

20. Le pied paraît en meilleur état. Tuméfaction douloureuse de la jambe du même côté.

30. Perforation spontanée de la tumeur de la jambe (liquide semblable à de la lie de vin épaisse) ; mouvement fébrile le soir.

20 Août. L'ulcère de la gorge progresse toujours.

27. Le pied s'abcède comme le mollet. Fièvre hectique plus accentuée. On a supprimé l'iodure de potassium qui n'est plus toléré (vin de Bagnols). L'amaigrissement se prononce, la peau très-pâle, l'insomnie permanente ; l'ulcère de la gorge s'agrandit opiniâtrément.

Janvier 1844. La fièvre devient continue. Douleurs épigastriques chaque fois que l'on tente d'administrer soit les préparations mercurielles, soit l'iodure de potassium. On y revient à plusieurs reprises sans que le malade puisse les supporter. Il succombe le 21.

21 Février. Mort dans le dernier degré du marasme.

Autopsie. Le voile du palais est détruit ainsi que la partie postérieure de la voûte palatine, le pharynx, l'origine de la partie postérieure de l'œsophage ; les quatre premières vertèbres cervicales mises à nu ; la base du crâne, dans la portion pharyngienne dénudée. Hépatisation grise lobulaire des deux tiers au moins des deux poumons. Canal intestinal rétracté. Destruction de quelques portions musculaires de la jambe, sans altération des os correspondants. Carie du premier métatarsien (1).

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 309.

L'auteur ajoute, entre autres remarques : « Je ne pe pas que, dans le cas précédent, on puisse attribuer la ter naison de la maladie à la mauvaise direction du traiteme l'attribuerons-nous plutôt à la mauvaise constitution du n lade, ou à quelque autre condition inconnue? C'est ce qu ne saurait faire avec cette certitude. » Nous imiterons c réserve.

Terminons cette étude clinique des variétés de la syph confirmée en rapportant un fait de cachexie, que nous av observé, en 1845, à l'hôpital Saint-Antoine, et où l'on p voir quelques-uns des caractères anatomiques des gomm tertiaires. Je résume ici, aussi brièvement que possible, commencement de cette longue histoire (1).

OBSERVATION XXIII. — Syphilis confirmée *invétérée : Gommes n tiples ; dégénérescence hépatique, etc., etc. État cachectique. M Autopsie.*

Verdier, quarante-huit ans, reçu le 14 février 1845, s Saint-Joseph, service de M. le professeur Malgaigne.

Résumé des symptômes et des évolutions. — Le début de la ladie a eu lieu à l'âge de dix-sept ans ; chancres et blennorr gie, et d'autres écoulements consécutifs de l'urèthre. Dix après, attaques épileptiformes qui disparurent au bout de do années. Puis douleurs rhumatoïdes qu'un médecin traita les frictions mercurielles, qui furent bientôt suspendues ap avoir déterminé la stomatite et l'alopécie. A quarante-cinq a petites tumeurs sous-cellulaires disséminées, s'ulcérant c sécutivement, et abcès au fond de la gorge qui a persisté.

A son entrée, cet homme, assez jeune encore, présente le chet de la décrépitude sénile : crâne dégarni, figure ridée d'une pâleur plombée singulière, traits effilés, membres gr comme transparents, très-amaigris. Sorte d'atrophie génér

(1) Elle a été insérée *in extenso* dans la thèse de notre ami Dumo (*loc. cit.*).

vastes ulcères infractueux de l'arrière-gorge, gommes ulcérées de la peau, du tissu cellulaire. La plupart des lésions cutanées sont indolentes; mais l'état de la gorge empêche tout mouvement de déglutition. Point de fièvre ; dévoiement de temps à autre et frissons; langueur, insomnie...

Malgré le traitement,—par l'iodure de potassium, les gargarismes d'iodure de quinine, les bouillons, le vin, — l'état du malade alla en s'aggravant ; le traitement dut être suspendu à plusieurs reprises à cause du flux de ventre copieux qu'il déterminait aux plus faibles doses et qui ajoutaient à la faiblesse. Cet état présentait un spectacle effrayant. Réduit au dernier degré de marasme, sans force, privé de sommeil, luttant contre une suffocation quelquefois imminente lorsqu'il penchait fortement la tête en arrière pour avaler quelques cuillerées de bouillon ou de boissons fortifiantes qui, dans toute autre position, revenaient par les narines, obligé d'avoir sans cesse la bouche sur un crachoir pour rejeter ce mélange putride qui suintait continuellement de l'arrière-gorge, répandant dans la salle une odeur qui faisait fuir les malades ses voisins, il gardait un morne silence.

Il survenait quelquefois du frisson avec claquement des dents, suivi d'une sueur presque froide elle-même et sans réaction intermédiaire. Le pouls était débile, devenait plus fréquent et plus serré, et il n'y avait point de phénomènes critiques à la fin de ces accès. Au reste, ils étaient fort irréguliers et n'appartenaient point aux types de la fièvre intermittente. A la suite d'un de ces frissons, la figure s'altéra encore plus profondément ; la respiration devint anxieuse et le malade succomba tout d'un coup, le 24 mars, sept semaines et demie après son entrée à l'hôpital Saint-Antoine.

Autopsie. Elle fut faite le 26 mars, quarante heures après la mort. Voici les altérations constatées :

Au cou, sous la clavicule, à la partie antérieure du thorax, dans la fosse sus-épineuse gauche, au tiers supérieur du bras droit, on remarquait l'existence de larges plaques gommeuses à divers degrés de développement et d'évolution : les unes sous forme de tumeurs compactes, les autres en foyers putrilagineux, soit sous forme de tumeurs isolées, distinctes, soit de larges plaques diffuses, confluentes. Au-dessus, la peau était amincie, per-

forée en plusieurs points, adhérente dans d'autres, privée de son tissu cellulaire et plus ou moins désorganisée. L'altération s'étendait aux parties profondes, et, çà et là, elle atteignait les muscles. Une exostose circonscrite, du volume d'une petite noisette, s'élevait à la partie moyenne du bord postérieur de l'épine de l'omoplate du côté droit.

Le voile du palais était presque entièrement détruit ; ce qu'il en restait était épaissi, sans élasticité et presque entièrement confondu avec les productions voisines de nouvelle nature. Audessous de la perte de substance qu'avait subie cette membrane, on trouvait une grosse masse de substance blanchâtre, terne, du volume d'un œuf de poule, pelotonnée, ramollie, putrilagineuse, d'une odeur forte et repoussante ; elle adhérait assez fortement aux parties adjacentes. Je constatai que tous les tissus qui la circonscrivaient étaient détruits ou désorganisés dans une grande étendue : ainsi l'amygdale, le pilier antérieur, les insertions des muscles péristaphylins à la base du crâne, la portion correspondante des muscles styliens, une partie de l'aponévrose pétro-pharyngienne et de la paroi latérale droite du pharynx, n'existaient plus. Les os voisins eux-mêmes, privés de périoste dans une certaine étendue, étaient rugueux, nécrosés, noirâtres, et comme desséchés, et ils offraient même déjà une perte de substance notable, circonscrite à la partie postérieure de la voûte palatine, à la fosse ptérygoïde et au sommet de l'apophyse pétrée du côté droit. Toutes ces lésions étaient confondues ensemble dans cet amas considérable de matière gommeuse développée au milieu de cette région. Je trouvai encore une certaine quantité de cette matière dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la paroi pharyngienne postérieure amincie et adhérente ; de là elle remontait au-devant de la couche musculaire cervicale profonde, jusqu'au niveau de l'articulation atloïdo-axoïdienne. Dans plusieurs points, le périoste avait été mis à nu et érodé.

Le cerveau, que j'examinai avec attention ainsi que la surface de la cavité crânienne, à cause de l'existence antérieure d'accès épileptiformes, n'offrit rien de particulier.

Des deux poumons, le gauche était parfaitement sain, crépitant dans toute son étendue et n'offrant qu'un peu d'engouement cadavérique à la partie postérieure. Le poumon droit présentait,

au contraire, dans ses deux tiers inférieurs et en arrière, tous les signes anatomiques d'une gangrène commençante, avec l'odeur spécifique très-prononcée et se rapprochant de celle des parties affectées dans l'arrière-gorge. Les conduits aériens et le larynx n'offraient rien de particulier.

Le cœur et les gros vaisseaux étaient sans altérations.

Rien dans l'estomac et le tube intestinal.

Le foie était volumineux, bosselé, et en même temps ratatiné; la coupe en était molle, d'un blanc jaune; les granulations paraissaient hypertrophiées. La vesicule de fiel avait surtout des dimensions très-grandes, même par rapport au volume de l'organe sécréteur; fortement distendue, elle dépassait de 4 centimètres environ l'échancrure hépatique ; le liquide qu'elle renfermait était noirâtre, poisseux et tenait en suspension de petits grumeaux mous et d'une coloration brunâtre.

Les reins étaient sains.

La vessie, réduite à de petites dimensions, du volume du poing au plus, quoique distendue, atrophiée, racornie, décolorée à sa face interne, contenait un liquide qui n'avait aucun des caractères physiques de l'urine : c'était un liquide blanchâtre, épais, inodore, ressemblant à une solution de gomme mal digérée.

Le canal de l'urèthre présentait dans le tissu cellulaire sous-muqueux, vers le milieu de la portion spongieuse, une petite tumeur qui avait les mêmes caractères que celles trouvées dans les autres parties du corps; elle s'était développée vers le canal de manière à l'oblitérer en partie, et communiquait en arrière avec l'extérieur par une fistule assez large qui s'ouvrait un peu au-devant des bourses; là était un rétrécissement que la sonde la plus fine ne pouvait franchir.

Il n'y avait point de sérosité dans les cavités sphanchniques, ni dans le tissu cellulaire des membres.

Telles sont les principales variétés que nous avons observées dans les associations naturelles des symptômes et des lésions syphilitiques quant à la forme qui nous occupe. En l'état des choses, il nous paraîtrait téméraire de vouloir fixer plus complétement la science. L'observation ultérieure y

suppléera. Ce ne sera point une futile recherche propre à satisfaire seulement la curiosité du naturaliste. En médecine surtout, toute vérité est utile ou le sera.

§ 4. — Indications curatives.

En attendant que l'avenir féconde les germes pratiques contenus dans l'étude plus approfondie des variétés de la syphilis confirmée, retenons ici deux conséquences : — la première, c'est l'évidence du rapport nosologique qui rattache cette forme aux précédentes par les variétés qui lui servent, en quelque sorte, de naturelle transition, nonobstant la diversité des indications curatives ; — la deuxième est la démonstration de l'erreur générale touchant la spécificité du mercure dans le traitement de la syphilis.

Ce dernier corollaire est important. Sans entrer ici dans les développements que son intérêt pourrait exiger, il convient toutefois de laisser entrevoir quelques-uns des aperçus qui s'en détachent naturellement.

Introduit par les Arabes, adopté par les spécificiens, qui voyaient en lui l'antidote souverain du virus (1), le mercure ne tarda point à être adopté comme le spécifique des maux vénériens. Il ne fut guère administré d'abord qu'à l'extérieur, sous forme d'emplâtres et d'onguents, incorporé à des graisses et mélangé avec une assez grande quantité de substances actives (iris, soufre, plomb, staphysaigre, etc.). Béranger, de Carpi, Jean de Vigo, N. Massa, l'employèrent en frictions; A. Trajan Pétrone, Catanée, Fabrice de

(1) Fernel, toutefois, fut l'un des opposants au mercure, mais il ne laissa pas que d'en faire usage dans son *eau divine* contre les ulcères de la gorge.

Hilden, etc., etc., en fumigations, méthode que Thierry de Héry importa en France. Mathile, Jean de Vigo, l'administrèrent à l'intérieur.

Amalgamé avec l'or, il constituait, sous le nom d'*aurum vitæ*, la panacée universelle de Paracelse.

Parmi les nombreux composés usités en thérapeutique, le précipité rouge fut le premier prescrit à l'intérieur, mais bientôt le muriate suroxygéné ou sublimé corrosif devint le plus accrédité. Les premiers essais de cette substance furent désastreux à cause des doses élevées de son administration. Cependant «l'usage du sublimé corrosif, dit Bosquillon, s'était répandu de toutes parts, en quelque sorte, comme un torrent dont il était impossible d'arrêter l'impétuosité. Ce remède, prescrit par des ignorants, devait produire des accidents terribles; on doit, en conséquence, avoir les plus grandes obligations aux gens de l'art qui ont les premiers indiqué la méthode de l'administrer avec toute la circonspection qu'il exige (1).» Or, sous prétexte de corriger son *âcreté*, — au lieu d'en diminuer les doses, — on se contenta de l'associer à diverses substances (opium, musc, camphre, eau de chaux, etc., etc.), qui en détruisaient les effets. Aussi un excellent pharmacologue, Melchior Frick, recommandait-il de bien se garder de dépouiller ce médicament de toute son âcreté, si l'on voulait qu'il devînt un moyen utile. « Il faut prendre garde (disait-il), en cherchant à se procurer des remèdes qui soient exempts de dangers, de leur enlever totalement leur vertu médicale (2). » Hoffmann réduisit son degré posologique à un grain par once d'eau, et c'est de là que, d'après une formule de Boerhaave, Van-Swieten (avec le concours de Sanchez) institua, après quelques expériences, la re-

(1) Bosquillon, *loc. cit.*, t. II. p. 285.
(2) *De virtute venen. med.*, 1701.

cette pharmaceutique, aujourd'hui si usitée, qui porte son nom (1). Ces expériences, — suivies par ce célèbre médecin à l'hôpital de Saint-Marc, à Vienne, par Locher, son successeur, Pringle, dans les armées anglaises, Bona, à Padoue, Gardane, en France, — fixèrent la posologie du sublimé, pour l'usage interne. Grâce à la réforme de Chycoineau, la méthode altérante fut généralement substituée à celle de la salivation, qui avait fait périr tant de malades (2) — et que l'on peut croire condamnée sans appel désormais.

Pendant que beaucoup de médecins prônaient le mercure, l'employant sans distinction contre tout accident vénérien, même contre la blennorrhagie, et que d'autres le repoussaient sans autre forme de procès, partout et toujours, l'accusant de tous les dangers réels et supposés, quelques thérapeutistes, mieux avisés, tentaient de restreindre son emploi à ses véritables indications.

Parmi ces derniers, Thierry de Héry (3) dit déjà que « les ulcères de la verge peuvent toutefois être curés à part sans consécution de ladite vérole. » Ce praticien pensait de même pour le bubon suppuré. Plus tard, en 1757, Abraham Gordon excluait déjà aussi formellement de cette médication l'écoulement gonorrhéique. « Nous avons toujours entendu (dit-il), par le terme de *lues venerea*, une vérole confirmée sans y comprendre l'écoulement virulent qui, s'il n'est pas accompagné d'autres symptômes, se guérit sans aucun remède mercuriel. » Les chirurgiens de la Grande-Bretagne, surtout Abernethy, Carmichaël, Fergusson, Guthrie, Thom-

(1) Il en existe une multitude de formules. La plus usitée est une solution d'eau distillée alcoolisée, contenant un demi-grain de sublimé par once de liquide.

(2) Hutten dit avoir vu mourir ainsi trois paysans des plus robustes le même jour. (Bosquillon, *l. c.*, t. II, p. 345.)

(3) *Loc. cit.*, p. 176.

son, Hennen, etc., etc., ont développé ces tendances. C'est à l'un de leurs successeurs, comme on sait, à Wallace, que nous devons, en 1836, l'heureuse substitution de l'iode, et surtout de l'iodure de potassium, au mercure, dans cette période de la syphilis où le mal invétéré semblait provoquer jusque-là l'administration plus énergique du seul antidote reconnu. Aujourd'hui la médication du chirurgien irlandais est étendue aux accidents dynamiques de la période constitutionnelle de la maladie.

On reconnaît donc assez volontiers, aujourd'hui, que le mercure n'a d'emploi légitime que dans la forme confirmée, et que même, dans cette dernière, son opportunité se borne aux symptômes secondaires seulement. Nous pouvons aller plus loin. Non-seulement il n'est point spécifique dans toutes les *formes* syphilitiques, ni dans toutes les *périodes* de la forme confirmée, mais encore il ne l'est pas davantage dans toutes les *variétés* de cette dernière. Les faits qui précèdent démontrent deux circonstances qui semblent impliquer quelque contradiction, et cependant dont il faut tenir compte : — la spontanéité de la guérison dans certains cas, — la persistance invincible des accidents, en dépit de toutes les préparations mercurielles, dans d'autres cas. Héroïque, en apparence, contre les premiers, le même médicament aggrave les seconds. Aussi, le voyons-nous sans surprise, pendant plus de trois siècles, prôné et repoussé tour à tour. En tant que spécifique, il mérite effectivement, — au même degré, — l'éloge de ses partisans, les reproches de ses détracteurs.

Pour sortir de cette impasse, il faut donc abandonner le vieux préjugé de la spécificité du mercure, et faire rentrer ce médicament dans la loi commune des indications de la syphilis. Si, entre tous, son emploi est le plus souvent et le

mieux indiqué dans cette maladie, ce n'est point cependant, dans tous les cas, sans distinction. Dehorne disait déjà avec justesse des diverses méthodes relatives à cet important médicament : « Chacune peut avoir ses avantages, ses exceptions et même ses cas privilégiés ; mais aucune ne mérite une préférence exclusive. Les personnes, les circonstances, les situations, les tempéraments, la maladie, l'*espèce de la maladie* et sa durée offrent presque toujours des différences si essentielles, qu'il n'est pas possible de satisfaire à toutes par un seul et même moyen ; c'est au médecin instruit à juger quelle est la méthode qui mérite la préférence (1). » Autant peut-on en dire et de chacun des composés mercuriels et de tous autres remèdes usités dans la syphilis. Déterminer au moyen d'une observation attentive, par des formules précises, la limite exacte et le moment opportun de ces indications, non-seulement pour le mercure et ses nombreux composés, mais encore pour l'iode, le brome, l'antimoine, le soufre, l'arsenic, le gayac, le mezereum, l'acide nitrique et une foule d'autres substances salutaires dans les cas où le médicament habituel a été reconnu inefficace ou dangereux : tel est l'horizon ouvert aux investigations de la science, le vaste champ qui promet une récompense assurée aux observateurs.

Enfin, il ne serait pas moins utile finalement de secouer le joug d'une aveugle et tyrannique routine relativement aux doses usitées dans le traitement de la syphilis. L'emploi monotone de certaines pilules,—stéréotypées dans les formulaires pharmaceutiques, — a l'inévitable inconvénient de chaus-

(1) De Horne, *Exposit. raison. des div. méth.* etc., 1779. Une remarque pratique très-exacte de l'auteur, — que nous avons eu occasion de vérifier, — est la contre-indication du sublimé tirée de l'état hémorroïdaire concomitant. (T. I, p. 115.)

ser tous les pieds à la même mesure, suivant l'expression de Catanée. Or, les quantités habituellement prescrites sont plutôt décidées par la coutume que motivées par l'observation. Certes, un grand pas a été fait, une réforme salutaire a été accomplie, le jour où la méthode par extinction a remplacé la méthode par la salivation. Mais ce progrès, d'ailleurs considérable, ne saurait être définitif. Les dangers de la médication mercurielle n'ont pas encore complétement disparu. Si l'on a moins souvent à déplorer ces vastes délabrements de la cavité buccale, les ulcères sordides, les nécroses formidables, les désordres nervosiques et cachectiques, suite si fréquente des doses élevées, il est cependant encore commun de voir survenir,—aux doses ordinaires,—quelque phénomène toxique,—sur les gencives, les glandes salivaires ou hépatique, l'estomac ou les intestins, — qui oblige d'en interrompre l'administration.

Tous les praticiens sages et expérimentés reconnaissent que le développement de ces effets toxiques paralyse les effets curateurs de la médication. On peut affirmer d'une manière générale que ceux-ci sont en raison inverse de ceux-là. La guérison, toutes choses égales d'ailleurs, sera d'autant plus rapide et plus sûre, que l'action altérante et curative du médicament aura été moins troublée par ces effets perturbateurs. Féconde loi de l'école hahnemannienne, universellement reconnue aujourd'hui sur le terrain de la syphilis ! Aussi, Wallace considère que, plus est grand le degré d'excitation et de dérangement dans les fonctions produit par le traitement, moins certaine est la chance d'agir favorablement sur les symptômes syphilitiques ; et ce sentiment est celui de tous les bons observateurs.

Les doses ordinaires produisant encore quelques désordres, toujours à quelques égards plus ou moins fâcheux,

l'on a instinctivement cherché à obtenir leurs effets curateurs en essayant de neutraliser leurs résultats toxiques. De là les associations médicamenteuses imaginées de tout temps à cet effet : l'antimoine (Wallace), le *capsicum* (Parker), la ciguë, l'opium (Ricord), etc., etc. Mais ces associations ne répondent pas au but que l'on se propose. Aussi Biett avait fini par adopter pour règle constante, dans sa pratique, de ne jamais administrer les opiacés en même temps que les mercuriaux. « Il avait remarqué, dit M. Cazenave (1), que l'association de l'opium au protoiodure de mercure, par exemple, neutralisait les effets de ce dernier. » Pour obvier à la difficulté, il faisait donc précéder l'adminstration de celui-ci par celui-là.

Le plus simple et le plus sûr à la fois est de reprendre, par exemple, les expérimentations sur le sublimé, au point où Van-Swieten, Gardane, de Horne, etc., etc., les ont laissées, en abaissant le degré d'atténuation auquel l'usage a fixé la prescription des mercuriaux. A quelle limite? Nous ne saurions la préciser. Il n'existe à notre connaissance aucun travail, — méthodique et suffisant, — ayant pour objet de déterminer dans quelle étendue de l'échelle posologique réside la véritable action thérapeutique du mercure dans la syphilis ; et nos expérimentations ne suffisent point à éclairer ces points douteux. Il y a longtemps que nous avons été émerveillé des bons effets que notre digne et bien affectionné maître à l'hôpital Saint-Antoine, le docteur Kapeler, retirait de l'emploi externe du sublimé corrosif, administré seulement, à *la dose de quelques décigrammes,* en bains, contre les syphilides invétérées. Pour l'usage interne de ce précieux médicament, plusieurs essais entrepris avec

(1) *Annales*, t. II, p. 24, en note.

F. Gabalda nous autorisaient à employer de préférence la liqueur de Van-Swieten, étendue, en diverses proportions, dans l'eau distillée alcoolisée. Mais nous ne mentionnons ici ces tentatives encore insuffisantes qu'avec réserves, et pour indiquer uniquement aux observateurs la voie nouvelle où le progrès des idées thérapeutiques nous permet de les convier.

§ 5. — Pouvoir contagieux.

Le pouvoir contagieux de la forme qui nous occupe a occasionné, dans ces derniers temps, de nombreuses disputes. Il s'en faut de beaucoup que la querelle soit épuisée. Cependant, il nous paraît qu'elle pourrait se concilier, en grande partie, si les tenants de la discussion voulaient se ranger à des conclusions moins absolues.

Pendant trois siècles environ, la contagion des accidents syphilitiques confirmés n'a fait un doute pour personne, l'on croyait même généralement ce pouvoir étendu à l'universalité des symptômes de la maladie, et non-seulement à ses symptômes flagrants, mais encore, dans l'origine, au contact de l'haleine, de la sueur, des larmes, des moindres émanations enfin des malades. Tous les rapports étaient suspects, tous les intermédiaires accusés. En déclarant qu'il existe plus d'une bonne raison de croire à la virulence plus aiguë de la maladie, au moment de sa première apparition en Europe, nous pouvons faire aussi la part des préjugés, de la surprise et des erreurs.

Jusqu'à l'ère expérimentale, aucune délimitation exacte ne fut indiquée à la contagion syphilitique. Nous avons dit (p. 57), comment Hunter, tombant dans une réaction contraire, non moins exagérée et encore plus fâcheuse, fut con-

duit à restreindre les droits du pouvoir contagieux au pus des lésions locales, c'est-à-dire, selon ses errements, au chancre et à la gonorrhée. De son côté, M. Ricord, voyant le pus chancreux seul inoculable sur le malade, admit en conséquence la *contagiosité exclusive de ce pus*. Pour lui, le chancre était le seul symptôme contagieux, le seul inoculable, à la période de progrès. Pour l'habile expérimentateur, *point d'inoculation, point de syphilis !...* — Il y avait là un double malentendu. D'abord, le chancre essentiellement syphilitique, celui de la forme confirmée, loin de se reproduire sur le porteur par l'inoculation, reste le plus souvent stérile; ensuite, parce que la lancette semblait inhabile à opérer l'inoculation des symptômes secondaires *sur le malade*, ce n'était pas une raison suffisante pour conclure à leur non-contagion en face de l'*individu sain*. Mais, il faut rendre cette justice à l'honorable chirurgien de l'hôpital du Midi, jamais dans ses nombreuses recherches expérimentales, les devoirs rigoureux de l'humanité ne furent sacrifiés aux droits prétendus de la science; et il n'a point à regretter, dans le cours de sa laborieuse et féconde carrière, d'avoir introduit le pus d'une lésion syphilitique étrangère dans un organisme vierge de l'impure maladie. On peut lui reprocher des erreurs, non point des méfaits.

Cette double cause d'erreur,— relativement à l'auto-inoculabilité du chancre et à la non-contagion des symptômes secondaires dans la syphilis confirmée,— est reconnue aujourd'hui. M. Ricord s'est hâté de revenir sur la première dans cette déclaration, en 1857 : « Le chancre infectant, à la période d'état, est d'une inoculation sinon impossible, au moins très-difficile à obtenir et très-rarement obtenue au sujet qui le porte (Ricord et Fournier). Quant à la contagiosité secondaire, l'aveu en a été plus difficile. Longtemps le cé-

lèbre continuateur de Hunter a maintenu l'erreur organique de son système, malgré les démentis cliniques les plus sérieux. Il se dérobait avec dextérité à tous les arguments de l'observation. Prenant en pitié la naïveté de ses adversaires, il se contentait de noyer les faits embarrassants dans un déluge de petites chroniques scandaleuses et de bons mots piquants qui leur enlevaient tout crédit. La verve, le talent, la logique d'un système plein de prestiges, ne manquaient point dans cette lutte contre la vérité. Aussi, les rieurs se rangeaient-ils de son côté.

Cependant, la coalition se formait chaque jour plus menaçante. Lassés de cette négation permanente et systématique des faits puisés dans l'observation clinique de la nature, quelques opposants se résolurent, pour couper court à toute fin de non-recevoir, à prendre un parti grave mais décisif, en recourant à l'inoculation expérimentale du malade à l'individu sain.

Nous n'avons pas à juger ici, au point de vue de la morale, ces expérimentations, d'ailleurs flétries par la conscience unanime des médecins. Notre voix n'a pas manqué (1), au moment de leur invasion en France, dans le concert énergique de réprobation qu'elles y ont soulevé. Venues de l'étranger, elles n'ont eu qu'un temps et de rares complices parmi nous. Si quelque chose doit cependant jusqu'à un certain point les excuser, ce n'est point parce que cette injure à l'humanité n'a pas été sans quelques compensations pour la science. Il vaut mieux considérer que ces sacrifices n'ont eu lieu le plus souvent que sur des victimes volontaires et libres, trop peu soucieuses de leurs devoirs. Quant à ces inoculations criminelles pratiquées sur des jeunes enfants,

(1) *L'inoculation syphilitique devant la presse et l'Académie.* In *Art médical*, t. X, p. 56.

n'ayant ni la liberté de la défense, ni la conscience des périls et des souillures dont ils sont l'objet, on ne saurait protester assez contre ces ardeurs d'un zèle cynique. Si la recherche de la vérité commande le dévouement, elle ne permet jamais l'infamie.

Dans cette ligue en faveur de la restauration du dogme de la contagiosité secondaire, l'un des plus âpres et des plus ardents à la rescousse fut, sans contredit, l'infatigable promoteur de la syphilisation en France, M. Auzias-Turenne. Par son insistance, le problème, devenu, en quelque sorte, une affaire d'État, fut déféré à l'Académie de médecine. Après une enquête confiée à une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Devergie, Depaul et Gibert, le rapport présenté par ce dernier, le 24 mai 1859 (1), fut adopté dans la séance suivante, avec ses conclusions péremptoires sur la contagiosité décisive et incontestable des accidents constitutionnels.

En définitive, la résistance désespérée de M. Ricord a eu ce double résultat, — de faire mieux préciser les confins du pouvoir contagieux, — et d'établir plus nettement les phénomènes de la transmission. D'une part, il est à peu près acquis aujourd'hui que toutes les périodes ou toutes les lésions de la syphilis confirmée ne sont point également aptes à la contamination ; et, d'autre part, l'on connaît mieux les caractères des accidents qui résultent de ses diverses sources.

Mais comme le pouvoir contagieux est un fait complexe dans ses éléments, il importe d'abord de l'analyser. Il se compose de l'inoculabilité sur l'individu sain et sur le malade. La contagion la plus active sera donc celle qui réunit ces deux caractères. En outre, l'incubation est variable après

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 883.

l'inoculation; et, sous ce rapport, la brièveté de l'incubation paraît en rapport avec l'activité du pouvoir contagieux.

Ceci posé, étudions ce pouvoir, au point de vue —des lésions ou des humeurs *inoculables* ou génératrices, — et des lésions *inoculées* ou engendrées.

1° LÉSIONS ET HUMEURS INOCULABLES.

A. Prenons d'abord la période géminée des accidents primitifs et successifs.

La contagion *naturelle* par le *chancre* reste à nos yeux, sinon l'origine nécessaire, au moins le fait habituel et dominant de la transmission syphilitique de provenance vénérienne. Tout le monde est d'ailleurs d'accord sur l'énergie et la constance ordinaire de cette propriété dont le pus est, dans ce cas, l'agent unique et direct jusqu'au moment où cesse l'évolution ulcérative, et où commence l'évolution réparatrice par le bourgeonnement de la plaie.

Autour du chancre,—en profondeur comme en superficie, — se développe une sphère d'activité virulénte. Dans son rayon, les tissus reçoivent l'aptitude morbide nouvelle et spéciale de la lésion. Une plaie, une érosion, une piqûre de sangsues comprises dans ce cercle fatal, s'ulcèrent, deviennent chancreuses et fournissent un pus susceptible de contagion, — et cela, bien entendu, en l'absence de l'inoculation accidentelle et directe par le pus du foyer central.

Cette irradiation pathologique, locale et circonscrite, n'a point lieu toutefois sans retentir sur les ganglions voisins, reflétant à distance sur ces derniers, par l'intermédiaire du lacis capillaire, les évolutions successives du chancre, la transformation plastique surtout. De là, la *pléiade* ganglionnaire dure et indolente, ou parfois même la *suppuration* du

bubon ; dans ce dernier cas, le pus reproduit le caractère virulent de l'ulcération chancreuse confirmée.

L'*induration* n'ajoute rien au pouvoir contagieux ; elle le circonscrit plutôt. Par lui-même, ce produit de la transformation plastique paraît impropre à la contagion ; persistant après la cicatrisation du chancre, il ne transmet point la maladie. C'est le travail ulcératif qui est ici la condition du pus virulent.

Ce chancre confirmé, arrivé à son état de transformation parfaite, est déjà moins apte à la contagion. Il existe, en effet, un assez grand nombre de faits montrant que l'on échappe beaucoup plus facilement à la contagion naturelle du chancre dur qu'à celle du chancre mou. L'expérimentation confirme cette donnée clinique. M. Alfred Fournier rapporte dans sa remarquable thèse les faits suivants :

« M. le docteur Puche a eu l'occasion d'inoculer *trois fois* avec le pus de chancre induré des sujets *sains* qui se prêtèrent volontairement et courageusement à cette expérience. Il a échoué *trois fois*.

«.... Un jeune médecin se présenta au Midi en 1857, disant avoir découvert le vaccin de la syphilis et *demandant* qu'on lui inoculât cette maladie. Je refusai d'abord; mais ce jeune homme insistant et paraissant d'ailleurs bien convaincu, il fut convenu avec M. Ricord que l'inoculation serait tentée *publiquement, sur la demande expresse du sujet qui devait servir à l'expérience.* Le pus à inoculer fut recueilli par M. Ricord sur un chancre *induré* à la période d'augment, chancre provenant lui-même d'un chancre induré. L'inoculation fut pratiquée par M. Ouvry, externe du service, elle ne fut suivie d'aucun accident local ou général (1). »

Melchior Robert cite des données expérimentales semblables par leur conclusion.

(1) *Loc. cit.*, p. 106.

Peut-être même, le chancre de la syphilis confirmée ne perd-il, en général, le pouvoir de se reproduire par l'inoculation *artificielle sur le porteur* qu'au moment où l'induration marque la phase nouvelle de la maladie.

C'est une présomption assez ancienne dans notre esprit. Ainsi nous avions entrevu, il y a vingt ans, que les ulcérations chancreuses, *inoculables sur le porteur avant la transformation condylomateuse*, perdaient ce pouvoir en suite de la transformation accomplie. L'observation XIII en est une preuve suffisante. M. Diday a donné, pour sa part, à cette même présomption, autant que le permettent les rares documents connus à ce sujet, une apparence de vraisemblance, peut-être même un commencement de démonstration. Ce syphilographe a cité plusieurs faits de réinoculabilité, soit artificielle, soit naturelle, du véritable chancre dur sur le sujet; — retrouvant, dans tous ces cas, une *origine récente* à l'ulcération génératrice du pus inoculé. En outre, s'appuyant sur l'analogie de la contagion vaccinale, il a invoqué l'autorité des observateurs les plus compétents, et ses expérimentations propres, lesquelles montrent que la réinoculabilité du fluide vaccinal, stérile à une époque plus éloignée, est encore possible avant le quatrième et le cinquième jour ; et, sans vouloir imposer cette analogie comme une preuve sans réplique de la réinoculabilité chancreuse, il se croit autorisé à lui accorder quelque crédit. Nous croyons ces présomptions fondées.

Quoi qu'il en soit, ce caractère de non-réinoculabilité du chancre induré, à la période d'état, paraît très-général. Il a été reconnu, si je ne me trompe, la première fois, en 1855, par notre ami, M. Clerc, en ces termes, dans une communication à la Société de chirurgie : « Sur un malade qui porte un chancre *infectant*, — si on tente une inoculation

expérimentale avec son propre pus, cette inoculation doit très-souvent échouer. Eh bien, des faits déjà nombreux, recueillis par nous, — continue l'intelligent et modeste observateur, — nous autorisent à soutenir cette proposition. Lorsqu'un malade porte un chancre infectant depuis peu de jours, si on l'inocule à la lancette avec le pus de ce chancre, dans la très-grande majorité des cas, l'inoculation est négative... *Nous avons cependant obtenu des inoculations positives*... Nous pensons à présent que ces inoculations itératives seraient moins souvent négatives, *si elles étaient pratiquées plus près du début du chancre infectant* (1). » L'année suivante, M. H. Lée établit le même fait, en Angleterre, sur les résultats de l'expérimentation. En 1857, MM. Ricord, A. Fournier et Poisson publièrent les résultats de leurs nombreuses expérimentations : sur 151 cas de réinoculation, deux résultats positifs furent seuls obtenus. Enfin, M. Rollet, entre tous les dualistes, déclare cet ulcère constamment et nécessairement irréinoculable au porteur.

Nous aurons à voir, en temps et lieu, que l'ensemble des faits et des expérimentations ne justifie point d'une manière aussi absolue ce dogme de l'irréinoculabilité chancreuse. En tenant compte de la plupart des documents, on voit que, dans quelques circonstances plus rares, le chancre dur s'inocule spontanément et naturellement sur le malade; d'autres fois, c'est par lancette de l'expérimentateur.

Ce chancre d'inoculation, inséré de nouveau sur le porteur, peut rester stérile, ou posséder encore sa capacité inoculable. En outre, la sécrétion, sans action sur le malade, peut avoir, bien entendu, son résultat ordinaire sur l'individu sain, toujours plus ou moins apte à la recevoir; et reprise sur ce dernier, transplantée de nouveau sous le derme

(1) Clerc, Réponse au rapport de M. Cullerier, octobre 1855.

du premier ascendant réfractaire jusque-là à son propre pus, elle est susceptible de réacquérir son ancienne propriété positive chez celui-ci.

B. Dans la période *secondaire*, — le fait seul de la dénégation absolue, acharnée, opposée par des hommes de l'autorité de Hunter et de M. Ricord à l'opinion traditionnelle du pouvoir contagieux de ces accidents, montre suffisamment que ce pouvoir n'a pas la même activité dans ses phénomènes, la même universalité dans son action, la même constance dans ses résultats, que dans la période primitive de la syphilis confirmée. Si, en effet, chacune des lésions dites constitutionnelles avait en partage l'activité de l'ulcération chancreuse en matière de contagion, — d'après leur nombre, leur répétition, leur durée, combien ne dépasseraient-elles pas singulièrement ce dernier, sous le rapport des chances favorables à la transmission? Toute fin de non-recevoir opposée à une telle évidence eût été, ce semble, fort difficile. Quel système aurait défié longtemps de semblables faits?

Les expérimentations à l'aide desquelles a été établie sans réplique, dans ces derniers temps, la contagiosité secondaire, sont les suivantes :

Il y a déjà près de trente ans (1835) que Wallace, de Dublin, inocula le premier avec succès le pus d'une pustule psydraciée secondaire. Six mois après, il réussit une seconde fois avec le pus d'une semblable lésion.

Un assez long intervalle d'années s'était écoulé depuis cette époque, lorsque Vidal (de Cassis) reprit le premier la question à Paris en inoculant, à la fin de l'année 1849, un malade avec le pus des pustules d'ecthyma dont ce dernier était porteur, et, trois jours après, avec le pus des pustules d'inoculation de ce malade, un sujet sain (M. Boudeville, interne en pharmacie).

En 1850, le 6 août, Waller (de Prague) obtient la transmission syphilitique au moyen du pus de plaques muqueuses inséré par scarification sur un enfant sain de douze ans.

A la même époque, 17 août, M. Cazenave inocule positivement sur le malade le produit d'une pustule d'ecthyma.

Ici se placent les cinq expérimentations de Wallace (de Dublin), rapportées ci-dessus (p. 231), pratiquées sur des sujets sains avec le pus de tubercules, de condylomes et de pustules. Il faut y joindre une inoculation sur une malade syphilitique.

En 1851, à l'hôpital de Lourcine, M. Richet inocule une pustule d'ecthyma sur le malade même ; et M. Bouley obtient, sur une femme atteinte de syphilis tertiaire et inoculée avec le muco-pus de plaques muqueuses étrangères, une papule lenticulaire.

Au commencement de 1852, M. Rinecker inocule — un sujet sain avec le pus de condylomes, — et, un mois après, le docteur Warnery avec le pus de tubercules suppurés.

Les quatorze inoculations pratiquées par l'Anonyme du Palatinat (sur 8 hommes et 6 femmes qui acceptèrent l'expérimentation) remontent à l'année 1856. Sur ces quatorze cas (dont il faudrait déduire les trois faits où l'inoculation fut pratiquée avec la matière provenant de l'accident primitif du premier inoculé), il y eut quatre insuccès.

Deux ans après, le 7 janvier 1859, le docteur Guyennot, de Lyon, inocule sur un enfant sain du pus de plaques muqueuses.

Peu après, le 25 janvier et le 29 juin, à l'hôpital Saint-Louis, M. Auzias-Turenne réussit à donner la syphilis à deux sujets sains avec le pus de plaques muqueuses, pendant que M. Gibert inoculait un autre adulte, également indemne d'accidents syphilitiques, avec de la sérosité prise au voisinage d'une papule squammeuse du front (1).

Ces expériments de l'hôpital Saint-Louis furent le dernier tribut douloureux et regrettable que l'humanité payait, — en France du moins, — à l'expérimentation ; ils formaient le

(1) M. Gibert a aussi inoculé l'un de ses clients, de l'hôpital Saint-Louis, avec la lymphe sécrétée par la surface papuleuse du premier sujet soumis à l'expérimentation par M. Auzias-Turenne.

dossier officiel avec lequel le procès de la contagion secondaire se présentait au seuil de l'Académie.

Depuis cette époque, nous ne connaissons que d'assez rares d'expérimentations pratiquées en Italie et en Allemagne sur des sujets sains avec le pus des lésions secondaires.

M. Galligo, de Florence, au moment même où M. Gibert instituait ses expériences académiques, inoculait bravement sur l'avant-bras et la main du côté droit, par trois piqûres, le pus des plaques muqueuses de l'un de ses clients. Le dix-septième jour, il en résulta deux chancres indurés sur la main.

A la même époque, l'inoculation positive est obtenue par M. Baërensprüng sur une jeune fille avec du pus de plaques muqueuses ulcérées.

Enfin une dernière inoculation de plaques muqueuses a donné le même résultat sur une vieille femme à M. Lindwurm.

Tels sont les résultats offerts par la méthode expérimentale relativement à la contagiosité des symptômes secondaires. Réunis aux observations cliniques déjà publiées par Waller, Wallace, Rinecker, Langlebert, Rollet, Gabalda, Melchior Robert, etc., etc., ils forment le dossier assez imposant de la question.

Cependant les faits acquis semblent prouver aussi que la syphilis secondaire n'est contagieuse ni dans toutes ses lésions, ni dans toute sa durée. Aussi ne voit-on figurer, au compte de la contagion, ni les affections prodromiques, ni les lésions tardives ; et, parmi les syphilides précoces, la roséole, la plus commune entre toutes, n'est point citée.

Les lésions contagieuses et inoculables appartiennent plus particulièrement aux éruptions d'évolution *ulcérative* ou *suppurative*, plaques, acné, ecthyma, tubercules ulcérés, ulcérations des muqueuses, etc. Parmi les éruptions *sèches*, non suppurées, nous ne connaissons guères qu'une des deux

expériences de M. Gibert, se rapportant à une lésion squameuse du front, et encore est-il bien possible que cette lésion, — comme la plupart de ses congénères, à un moment de ses évolutions,—squameuse à la surface, recélât dans ses flancs, au milieu de la sérosité sanguinolente, quelque imperceptible globule de pus.

Nous pensons, jusqu'à plus ample informé, que la contagion secondaire suppose le plus souvent — comme condition — le travail, soit ulcératif, soit pyogénique des lésions transmissibles; et comme l'exhalation du muco-pus est surtout abondante et librement étalée à la surface des plaques muqueuses, au lieu d'être séquestrée ainsi que dans l'ecthyma et les tubercules, comme, en outre, ces lésions se développent ordinairement sur les confins de la phase virulente de la forme confirmée, ce sont elles qui jouissent, — relativement, — du pouvoir contagieux le plus fréquent et le plus étendu parmi les affections secondaires.

Mais le muco-pus de ces lésions n'a pas, — dans tous les cas et au même degré, — l'activité virulente propre au pus originel de l'ulcération chancreuse.

D'abord, ces lésions s'inoculent assez rarement sur le malade,—plus rarement même que le chancre déjà transformé, Et c'est à ce point que beaucoup d'expérimentateurs ont soutenu avec quelque apparence de raison que le caractère constant et universel des lésions secondaires était leur non-inoculabilité. L'éminent chirurgien de l'hôpital du Midi a pu dire : « L'inoculation du pus des accidents secondaires sur les sujets syphilitiques est toujours stérile. Ce n'est pas par centaines, c'est par milliers qu'il faudrait compter les expériences et les insuccès. Que de lancettes a tentées cette question doctrinale ! MM. Puche et Cullerier, à Paris MM. Baumès et Diday, à Lyon, M. A. M. Reynaud, à Toulon,

M. Lafont-Gouzi, à Toulouse, M. Thiry, à Bruxelles, et tant d'autres encore ont varié à l'infini l'inoculation de la syphilis constitutionnelle pour arriver tous au même résultat négatif (1). » Nous avons vu pratiquer maintes fois par M. Cullerier, et nous avons tenté, chacun de notre côté, avec A. Deville, un très-grand nombre de fois, à l'hôpital de Lourcine, l'inoculation des plaques muqueuses sur les malades atteintes de cette éruption, — et toujours non moins infructueusement.

Il faut pourtant reconnaître aujourd'hui que l'inoculation des lésions secondaires n'est point toujours stérile en plein terrain syphilitique ; ainsi :

Wallace, dans l'une de ses expériences, a réussi à inoculer positivement du pus fourni par des tubercules à une femme arrivée à la période constitutionnelle.

Nous avons mentionné le fait de M. Bouley concernant une femme présentant divers accidents invétérés, gommes, nécrose, etc., qui fut inoculée avec le pus des plaques muqueuses.

M. Cazenave a vu se produire le même résultat sur un malade inoculé avec le pus d'une pustule ecthymateuse.

Vidal (de Cassis) obtint un double résultat analogue, l'un en 1849, l'autre en 1852.

Mais, encore une fois, ces faits se comptent ; et leur petit nombre, en quelque sorte exceptionnel, ne fait que corroborer la règle générale de la non-auto-inoculabilité des lésions de la syphilis confirmée.

Bien plus, l'inoculation des sujets sains eux-mêmes n'est point ici, à beaucoup près, aussi flagrante que dans la période primitive. Rappelons avec M. Alfred Fournier (2) :

« Que le docteur Ratier s'est fait inoculer plusieurs fois la

(1) Ricord. *Leçons sur le chancre*, red. par Alf. Fournier, Paris, 1860, p. 215.

(2) *Ibid.* p. 213.

sécrétion morbide de *toutes les formes des accidents secondaires*, sans pouvoir faire naître chez lui le moindre symptôme spécial;

Qu'en 1852, à l'hôpital de Lourcine, on a vu M. Cullerier, qui n'avait jamais eu la syphilis, s'inoculer sur l'avant-bras, *un très-grand nombre de fois et toujours impunément*, la sécrétion morbide d'accidents secondaires;

Que le docteur G. Sarrhos (1) s'est inoculé sur lui-même, une *trentaine de fois*, les liquides provenant de plusieurs formes d'accidents secondaires, diagnostiqués tels par M. Ricord ou par ses élèves, et cela sans aucun résultat. »

La clinique ne parle pas à ce sujet moins haut que l'expérimentation. A côté des faits très-probants qui démontrent l'existence positive de la contagion secondaire, combien de sujets indemnes de tout accident syphilitique, restés vierges de la contamination après l'avoir librement et sciemment affrontée! Je pourrais citer directement, pour mon compte, bon nombre de faits concernant des femmes atteintes de plaques muqueuses en plein développement sur la sphère génitale, et dont le commerce le plus intime et le plus répété avec des personnes de l'autre sexe soumises parallèlement à mon examen, n'a jamais développé le moindre vestige de contagion syphilitique. Qu'il me soit permis d'en rapporter ici une observation (qui pourra révéler, en outre, combien parfois est difficile et délicate la conduite du médecin dans la pratique des affections vénériennes) (2).

Observation xxiv. — Syphilis confirmée commune. *Début des symptômes secondaires : roséole, plaques muqueuses,* etc., etc., *dès les premiers jours du mariage, sur l'un des époux; cohabitation prolongée et répétée sans accident contagieux pour le second.*

Une jeune personne, d'esprit exalté et de constitution hysté-

(1) Thèse de Paris, 1853.

(2) Quelques circonstances, qu'il serait inutile de relater nous permettent de publier aujourd'hui cette observation.

rique, voyait enfin ses vœux accomplis par un mariage depuis longtemps espéré, que des obstacles multipliés avaient ajourné jusque-là. Dix jours à peine s'étaient écoulés depuis que, déposant la couronne nuptiale, elle s'était envolée aux bras de son époux à X.... sa nouvelle résidence, lorsqu'une dépêche de ce dernier m'appelle incontinent. Il me mandait, en ma qualité d'ancien médecin de la famille, pour me faire part d'un accident survenu dans le ménage à la suite des premières approches conjugales.

Je trouve l'épouse au lit, se plaignant de fortes douleurs céphaliques, avec courbature, douleurs musculaires, fièvre, visage marbré de nuances livides. J'aperçois, au premier coup d'œil, dans le sillon des ailes du nez, quelques granulations dont l'aspect ne laisse pas que de me paraître suspect. Portant les doigts derrière la nuque, je rencontre des ganglions durs et engorgés. Sur les épaules et la poitrine se dessine, en outre, une éruption roséolique sombre. Boutons croûteux du cuir chevelu et alopécie. Le diagnostic ne peut déjà plus être douteux. Il se confirme surtout par l'examen des organes génitaux, qui sont souillés par d'abondantes plaques muqueuses humides et suppurantes, répandues du pli génito-crural au périnée. Point de vestiges chancreux ni d'induration sous-cutanée ou ganglionnaire. La nature et la forme de la maladie se montraient à la fois par un luxe de témoignages surabondants.

Je n'avais point laissé échapper un seul mot révélateur du fâcheux diagnostic, lorsque seuls, dans la pièce voisine, le mari, rompant le silence, sans détour comme sans le moindre embarras, m'interroge sur le résultat de mon examen. Présumant en lui le vrai coupable, je déclare qu'il doit avoir éprouvé avant le mariage quelque accident vénérien glissé indûment dans la communauté. Dénégation formelle de l'époux incriminé, dont le caractère réservé et la parole sincère méritent toute confiance. Il affirme n'avoir jamais contracté aucun mal équivoque, et il se hâte de m'en donner la preuve actuelle évidente. La santé la plus franche éclate sur sa figure. D'ailleurs point de rapports prématurés. Il présume seulement que la surexcitation des premières approches a dû occasionner cette révolution dont la santé délicate de sa femme a été seule victime.

Loin de réclamer contre cette opinion, je me hâte d'instituer un traitement plus ou moins dépuratif.

Cependant, peu de jours après, je reçois de la jeune femme les aveux les plus complets. La contagion, due à une intervention fortuite, remontait à deux mois, lorsque le mariage a eu lieu. Elle-même ne s'était aperçue jusque-là d'aucun mal. Les plaques actuelles des organes génitaux se sont développées après la dernière menstruation, au moment même des relations légitimes. *C'est dans cet état* que ces relations se sont établies avec une assez grande assiduité entre les deux époux et ont persisté jusqu'ici. Inutile d'ajouter que dans le traitement dépuratif fut introduit le proto-iodure d'hydrargyre, lequel n'empêcha pas toutefois la roséole de devenir confluente et papuleuse, et l'alopécie considérable. Après cette première poussée, et malgré la persévérance du traitement, de nouvelles plaques muqueuses se répandirent encore près de l'anus, sur les amygdales, au bord interne des lèvres. Ce ne fut qu'après six mois que les accidents disparurent sans retour.

La grossesse existait dès les premiers rapports conjugaux; elle suivit son cours jusqu'à terme (voir l'observation ci-après).

Quant à l'époux, il n'a jamais eu le moindre symptôme syphilitique, malgré ses rapports journaliers pendant une dizaine de jours avec sa femme malade. Bien plus, il ne s'est jamais douté des maux qu'il avait essuyés ni des dangers qu'il a courus.

J'ai vu encore récemment un autre fait du même genre : un individu — rentrant à l'improviste d'un long voyage et surprenant sa femme en pleine syphilis confirmée : angine, lichen, etc., — cohabite plusieurs semaines avec cette dernière sans éprouver le moindre dommage, ni concevoir le moindre soupçon. A l'hôpital de Lourcine, les internes de garde assistent, pour ainsi dire, chaque jour, pendant le travail de l'accouchement (au moins, il en était ainsi autrefois), des femmes dont la vulve, le périnée, le pli génito-crural sont parfois doublés de plaques humides, confluentes, suppurées; et personne que je sache n'a signalé des exemples de con-

tagion, dans ces circonstances éminement favorables, ainsi qu'il arrive si facilement, comme chacun sait, aux sages-femmes et aux accoucheurs, lors de la présence des chancres sur ces mêmes parties. Et cependant, la plaque muqueuse est regardée avec raison comme le symptôme secondaire le plus apte à la contagion.

C. Il n'y a point toutefois que les exhalations puriformes des lésions secondaires aptes à la contagion syphilitique. Ces exhalations morbides sont formées aux dépens des humeurs naturelles de l'économie. Quel est, à l'égard de la transmission syphilitique, le pouvoir propre, intrinsèque, du *sang* qui contient surtout ces matériaux ?

Voici à cet égard les expériences connues :

a. En 1850, Waller (de Prague) inocula, par scarification, avec du sang pris chez un syphilitique, une femme et un enfant sains. Chez ce dernier, « les plaies des scarifications furent exactement nettoyées et débarrassées des caillots sanguins par le lavage ; puis le sang à inoculer fut introduit dans ces plaies, en partie à l'aide d'une baguette de bois, en partie au moyen de la charpie imbibée de ce liquide.... Trente-quatre jours après l'inoculation, je remarquai (dit l'auteur) à la cuisse gauche, là où l'inoculation avait été faite, deux tubercules discrets ayant la largeur d'un pois. Les jours suivants, ils s'agrandirent, se réunirent par leur base. » La trame celluleuse sous-cutanée périphérique devint ferme, résistante, indurée, et à la surface des tubercules une ulcération se manifesta dont la base avait les dimensions d'un œuf de pigeon, ulcération profonde, infundibuliforme, lardacée et saignant facilement.

b. Six ans après, l'Anonyme du Palatinat, sur neuf tentatives d'inoculation par le sang, réussit trois fois à développer la syphilis. Dans ces trois circonstances, une large surface de la peau dépouillée de son épiderme fut mise en rapport et frictionnée avec une notable quantité de sang syphilitique. Des neuf personnes

inoculées avec le sang, ceux-là *seulement*, au nombre de trois, —dit le secrétaire de l'Association de médecine du Palatinat (1),— chez lesquels « une large surface abondante avait été frictionnée, » furent contagionnés.

M. Pellizari, de Florence, a publié un mémoire avec une triple observation dont nous devons donner le résumé :

c. Ce fait comprend une triple expérience tentée par M. Pellizari sur deux jeunes praticiens externes et un chirurgien interne, indemnes d'antécédents syphilitiques, avec le sang d'une femme de vingt-cinq ans, enceinte de six mois, atteinte de plaques muqueuses génito-anales, d'érythème confluent, d'adénopathie cervicale, de pustules du cuir chevelu.

Le 6 février 1860, on fit une saignée de la céphalique. Le sang à peine extrait, on en imbiba un plumasseau de charpie qui fut appliqué soit sur le bras, soit sur l'avant-bras des personnes ci-dessus indiquées. L'étendue de la surface destinée à l'inoculation, préalablement dépouillée de son épiderme et sur laquelle on avait en outre pratiqué trois incisions transversales, fut chez tous, de $0^{m},02$ de haut sur $0^{m},01$ de large. Une bande maintint pendant vingt-quatre heures la charpie.

Le 3 mars, l'un des trois sujets qui avaient subi l'expérimentation, le docteur Bargioni, voit survenir au centre de la surface inoculée une petite élevure prurigineuse. Cette papule rouge, arrondie, sans induration, augmenta de façon à atteindre au bout de huit jours la dimension d'une pièce de vingt centimes, et se recouvrit d'une squame mince.

Le 14, adénopathie axillaire.

Le 19, on fait sourdre par la pression de la squame recouvrant la papule une petite quantité de sérosité purulente.

Le 21, la squame, devenue croûteuse, laisse à nu une surface ulcérée, indurée à la base.

Le 26, l'ulcère s'élève, il est infundibuliforme, plus dur autour des bords, plus sécrétant, etc., etc.

Le 4 avril, taches rosées sur le torse, qui deviennent peu à peu plus confluentes, mêlées à des papules lenticulaires, avec déve-

(1) *Arch. générales de médecine*, mai 1858.

loppement plus considérable des glandes cervicales et épitrochléennes.

Le 22, le traitement mercuriel est commencé.

Il n'est point question des deux autres sujets qui, manifestement, ne furent point atteints par l'inoculation. L'auteur, — pour expliquer sans doute ce double insuccès, — dit que chez l'un d'eux — le sang qui servit à l'expérience était déjà refroidi,—et chez l'autre, presque entièrement coagulé, au moment de l'application sur le derme.

Nous empruntons au travail de M. Nodet (1) l'expérience suivante due au docteur Lindwurm :

d. Il s'agit d'une cancéreuse âgée de 71 ans, injectée par la méthode sous-cutanée avec le sang pris au moyen d'une ventouse chez une femme atteinte de syphilis confirmée. —

Quelques gouttes de sang ayant été introduites sous la peau, entre les omoplates, au moyen d'une seringue à injection sous-cutanée, il y eut d'abord, le quatrième jour, une rougeur locale et éphémère de la peau. Puis, quatre semaines plus tard, papule qui s'ulcère, dont la base est dure et peu suppurante. Plus tard, adénites cervicales et axillaires.

e. Enfin le docteur Lalagade, d'Albi (2), dans le courant de 1860, a pratiqué trois inoculations *restées sans résultat*, avec du sang provenant de sujets atteints de syphilis constitutionnelle (3).

Quoique ce bilan expérimental ne soit pas très-riche, on peut s'en tenir là. Il suffit à démontrer l'aptitude du sang, dans la syphilis confirmée, à transmettre la contagion, au moins dans une certaine mesure, — sur un assez petit nombre des sujets en expérience.

(1) *Études théoriques et expérimentales sur les diverses espèces de chancre, etc., etc.* Paris, 1861.

(2) *Sur l'action de la vaccine chez l'homme.* Paris, 1861.

(3) M. Viennois s'est montré trop sévère en rejetant ces faits ; ils méritent plus de crédit.

Déjà, par les expériences anciennes, l'on savait que cette inoculation reste toujours sans résultat sur les malades. Nous voyons aujourd'hui que, s'il n'en est pas ainsi sur l'homme sain, il est cependant nécessaire, pour aboutir à un résultat positif, de réunir certaines conditions toutes particulières : de larges surfaces d'insertion et des quantités notables de liquides.

Et que de précautions pour assurer ces tristes effets ! Ce n'est plus la lancette qui suffit à cet office. Les expérimentateurs se voient obligés de dépouiller la peau de son épiderme, d'employer les scarifications, d'introduire profondément, au moyen d'une baguette, d'une seringue à injection, ou de maintenir d'une manière prolongée, au contact des tissus sains, le sang employé à l'opération. Ce n'est qu'en violentant la nature, ainsi placée dans des conditions complétement artificielles et anormales, que l'on parvient à forcer l'inoculation à développer ses effets. Et, en voyant — le fait de Waller où il est question de plusieurs grammes de sang versé dans des scarifications profondes et maintenu pendant plusieurs jours dans l'intérieur des plaies,—les expériences du Palatinat qui n'ont de succès qu'à des conditions à peu près semblables, — l'observation racontée par le docteur Pellizari, où, malgré le dépouillement épidermique, les incisions de la peau et l'application d'un bandage, on n'obtient de résultat positif que sur le sujet inoculé avec du sang encore chaud,—enfin, le cas du docteur Lindwurm, employant la méthode à injection sous-cutanée, il est bien un peu permis de reconnaître, — ce que pressentait déjà si bien Melchior Robert, — dans ce mode d'insertion du sang, plutôt une sorte de transfusion locale qu'une véritable inoculation.

Tout en admettant donc, d'après ces faits, que le sang,

dans la syphilis confirmée, peut acquérir le pouvoir de transmettre la maladie, nous regarderons cependant, jusqu'à plus ample informé, ce pouvoir comme très-amoindri dans ce liquide, — si on le compare à celui que possède le pus, non-seulement du chancre primitif, mais encore des lésions secondaires dont nous venons de parler.

D. Le *lait* d'une nourrice en pleine syphilis confirmée a-t-il — par lui-même — la propriété de transmission morbide? Il y a controverse et doute quant à la conclusion.

Le fait a été admis par les anciens, puis par Bertin, Mahon, Bell, Astruc, Doublet, récemment par Melchior Robert (1), qui a rapporté deux observations intéressantes à l'appui.

D'un autre côté, cette croyance a été repoussée par Hunter, Suediaur, Nisbett, Dugès, Cullerier, Venot, Nonat, N. Guillot, Ricord, Seux (de Marseille). L'on a allégué bon nombre de cas de nourrices syphilitiques allaitant leurs propres enfants sans leur transmettre aucun vestige de leur mal. M. Cullerier a lu à l'Académie de médecine, en 1850 (2), des observations qui montrent que de jeunes enfants ont pu, sans dommage, recevoir le sein de nourrices atteintes de lésions secondaires, non-seulement disséminées à la surface du corps, mais même localisées sur le mamelon.

Il est évident que, pour vouloir trop prouver, ces dernières observations ne prouvent rien. Les accidents secondaires du mamelon, chez les nourrices, consistent généralement en plaques muqueuses plus ou moins ulcérées, dont la contagiosité n'est plus douteuse aujourd'hui; mais, comme nous venons de le voir, cette propriété dans les lésions se-

(1) *Nouveau traité des mal. vénér.* Paris, 1861, p. 678.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1850-51, t. XVI, p. 165.

condaires n'a plus la même fatalité de transmission. Cette propriété pourrait s'amoindrir encore dans le lait ou manquer même souvent sans que l'on fût autorisé pour cela à regarder, dans tous les cas, ce liquide comme entièrement incapable de contagion (1).

Nous croyons toutefois, avec M. Diday, qu'il ne convient pas de se prononcer encore sur cette question. De nouveaux et plus nombreux témoignages sont nécessaires pour la résoudre scientifiquement. Mais le médecin prudent n'attendra pas ces preuves pour se résoudre d'ores et déjà dans la pratique au plus sage parti.

La même réserve étant faite, quant au *fluide spermatique*, il n'existe, à notre connaissance, aucune observation sérieuse démontrant la transmissibilité de la syphilis par les autres sécrétions physiologiques de l'économie.

E. Les exhalations *morbides* provenant, chez les syphilitiques, de lésions indépendantes de la syphilis, peuvent-elles transmettre cette dernière maladie? Par exemple, une vaginite blennorrhagique, accidentelle et intercurrente, chez une femme ne présentant actuellement aucun symptôme primitif et secondaire contagieux, peut-elle devenir une occasion de transmission syphilitique à son conjoint? La blennorrhagie ne communiquera qu'un écoulement de même

(1) Il faut distinguer, à notre avis, dans la contagion par le sein des nourrices, *trois* modes possibles de contamination pour les enfants à la mamelle :

1° Par le chancre mammaire provenant d'une source *congéniale* communiquée par un autre nourrisson ;

2° Par la plaque muqueuse ou toute autre lésion secondaire du sein d'origine *non-congéniale ;*

3° Peut-être par le lait lui-même, en dehors de toute lésion locale.

Portée au *summum* dans le premier cas de ces trois conditions, l'activité du pouvoir contagieux va s'amoindrissant dans les deux suivantes.

nature, et rien de plus. Les effets de la contagion ne se transforment pas d'une espèce morbide à l'autre. Mais le pus, développé accidentellement par une plaie ou un abcès fortuits chez un syphilitique, peut-il transmettre la maladie? M. Cullerier, sur un enfant infecté, en piquant la peau avec une lancette neuve, a pu reproduire sur ces piqûres des pustules ecthymateuses. On a vu des plaies accidentelles prendre l'aspect ulcéreux. Que prouvent ces faits, sinon que, si le pus des lésions étrangères à la syphilis peut contracter le caractère transmissible dans un organisme contaminé, ce n'est qu'à la condition de l'intervention d'un foyer morbide où viennent s'élaborer les éléments aptes à cette transmission? La lésion ecthymateuse dans un cas, ulcérative dans l'autre, constitue, pour la syphilis secondaire, cette sphère d'élaboration virulente analogue au foyer chancreux primitif.

Ainsi donc, encore une fois, dans les périodes inoculables de la maladie, la virulence ne s'établit ou ne se développe, — au moins dans toute son énergie, — que par la formation du pus.

Cela ne veut point dire que le sang, dans ses parties constituantes, peut-être même les diverses humeurs coagulables de l'économie qui concourent au plasma organique, ne soient point susceptibles de recevoir et de transmettre la disposition à la contagion. Mais nous croyons que cette disposition ne s'y trouve, en quelque sorte, qu'en puissance et à l'état latent. Pour la mettre en jeu, — dans les conditions ordinaires et normales de la nature, — pour en développer les effets virtuels, pour en exalter surtout l'énergie, il faut qu'un travail morbide local féconde ces éléments et les concentre à l'état de pus.

Cette considération nous donne — peut-être — la clef du mécanisme encore si obscur de la contagion syphilitique par le vaccin.

F. *Contagion par le vaccin.* Dès l'origine de l'inoculation vaccinale, un assez grand nombre d'observateurs ont mis sur son compte la transmission de la syphilis. Il existe, dans les annales de la science, des groupes remarquables de faits qui démontrent de la manière la plus positive la réalité de ce mode contagieux. Dans ce cas, le vaccin, puisé par la lancette sur un jeune sujet syphilitique, communique à la plupart des enfants inoculés simultanément la vaccine et la syphilis confirmée.

Cette importante source de contagion, mal déterminée et peu connue, a été l'objet, en ces derniers temps, d'une étude très-intéressante de la part d'un de nos confrères distingués, M. Alexandre Viennois, de Lyon (1). Les observations qu'il a réunies mettent dans un certain jour l'évidence et les caractères de cette transmission. En voici un exemple :

« En 1821, un enfant trouvé, une petite fille de trois mois, Martha, fut vaccinée dans l'intention de faire servir son vaccin à toute une commune ; un enfant fournit pour elle le liquide vaccinal. Ce dernier fut toujours bien portant. Martha parut saine, son vaccin fut très-régulier, un médecin vaccinateur des environs s'en servit pour quarante-six enfants ; six d'entre eux eurent une éruption vaccinale très-régulière, les pustules de ces six enfants servirent à en revacciner cent autres qui n'ont jamais présenté le moindre symptôme de syphilis. Chez presque tous les autres enfants, à la place des piqûres se montrèrent des ulcères recouverts, les uns de croûtes permanentes, ou des ulcères indurés ; ces accidents arrivaient lorsque les croûtes étaient tombées. Plus tard, ulcères de la bouche et des parties sexuelles, des éruptions croûteuses du cuir chevelu, taches cuivrées, etc., etc. (2). »

(1) *De la syphilis transmise par la vaccination* (*Arch. de méd.* 1860).
(2) *Loc. cit.*, p. 71.

L'un des faits les plus remarquables est celui qui donna lieu au procès du docteur Hübener.

Huit enfants de la commune de Freimfeld, en Bavière, sont vaccinés par le docteur Hübener, avec le vaccin d'un enfant né d'une fille-mère suspecte ; ce dernier, bien portant au moment de la naissance, présentait, quand on se servit de son vaccin, trois ou quatre pustules aux jambes, lesquelles pustules s'étendirent bientôt aux pieds et au fondement ; l'enfant ne tarda pas à languir et à succomber. Chez la plupart des enfants qui furent vaccinés, on vit se produire, dans les points d'insertion, de petites vésicules qui se convertirent en ulcères lents à se cicatriser ; et, huit mois après l'inoculation, le médecin chargé de dresser un rapport sur leur état consigne, à la suite des premiers accidents, des angines, des ulcères, des chancres phagédéniques, des rhagades au cou, au voile du palais, aux commissures labiales, à la langue, aux bras, aux parties génitales, des condylomes, des éruptions diverses, papules, tubercules, pustules, ophthalmies, ozènes, etc., etc.

Cependant cinq enfants inoculés avec du vaccin pris à la même source que les huit premiers eurent des pustules vaccinales très-régulières, sans aucun accident suspect de syphilis.

Selon M. Al. Viennois, chaque virus accomplit son évolution distincte. La pustule vaccinale se développe la première en son temps voulu, parce qu'elle a une incubation moins longue et une marche plus rapide ; puis, la syphilis apparaît, au bout de quelques semaines, au point inoculé, sous la forme d'une ulcération indurée avec adénite multiple ; et, à la suite, éclatent et se déroulent, dans les délais normaux, les symptômes secondaires — sans différer des cas de la syphilis transmise par une autre voie.

M. Viennois ne s'en est pas tenu à la démonstration fort exacte de ces caractères. Il a voulu aller plus loin et soulever un coin du voile mystérieux qui nous cache le mécanisme

de cette contagion. Après avoir fait remarquer que le mélange des deux virus ne modifie pas leur résultat respectif, et, par conséquent, que l'un ne détruit pas l'autre, il absout donc complétement le fluide vaccinal qui resterait étranger à la transmission syphilitique.

Mais ici commencent des vues fort hypothétiques et, nous devons le craindre, singulièrement erronées, malgré l'assurance des affirmations. Aussi faut-il regretter de trouver, dans les conclusions de ce travail, de simples conjectures élevées au rang d'axiomes — au moins douteux — et pouvant exposer la pratique à de dangereuses solutions. D'après M. Viennois, lorsque le vaccin communique la syphilis, c'est qu'il contient du sang syphilitique. « La lancette du vaccinateur, — dit-il, — ne peut trouver que deux liquides sur le bras d'un sujet vacciné, le liquide vaccinal, d'abord, et, si elle dépasse la poche vaccinale, elle amène du sang; or, le sang est contagieux... » Donc le sang est le seul agent de la transmission. Donc, « lorsqu'on recueille du vaccin sur un sujet syphilitique et qu'on inocule à un sujet sain ce même vaccin, pur et sans mélange de sang, on n'obtient pour résultat que la pustule vaccinale, sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée. » — Le meilleur est pourtant de ne pas s'y fier. Et c'est aussi l'opinion de notre syphilographe, qui ajoute dans une autre conclusion : « En aucun cas, on ne doit vacciner des sujets sains avec du vaccin recueilli sur un sujet syphilitique ; car, malgré toutes les précautions et fût-on sûr de la pureté du liquide vaccinal, il sera toujours préférable d'en employer un autre. » Cette dernière proposition n'aura point de peine à rallier l'unanimité des médecins.

Cependant M. Viennois apporte-t-il un témoignage,

un seul, à l'appui de son hypothèse de la transmission syphilitique par le sang, dans l'inoculation vaccinale? Aucun. Les expériences sur lesquelles il s'appuie et que nous avons exposées ci-dessus condamnent plutôt son point de vue. L'insertion sous-épidermique du sang suffit rarement au succès de l'inoculation; et même, dans les cas peu nombreux où l'on a réussi par des procédés plus compliqués, ce n'est point dans une proportion de 40 fois sur 46 sujets, comme dans l'observation rapportée ci-dessus, mais à peine de 1 sur 3. En outre, la lancette du vaccinateur ne rencontre-t-elle que deux liquides sur le bras d'un sujet vacciné : le liquide vaccinal et le sang? A notre compte, il y en a bien un troisième que l'on a grandement tort de dédaigner : le pus. Qu'est-ce donc que la *poche* vaccinale, sinon une *pustule* très-nettement caractérisée? Et comment pénétrer dans cette pustule sans traverser les parois qui l'environnent de toutes parts? Et, en traversant ces parois formées en partie par l'agglomération du pus à l'état encore plastique ou déjà croûteux, la lancette peut-elle échapper aisément à ce contact fatal? Or, quel rôle joue ici cette poche à incubation inflammatoire, sinon celui d'une plaie, d'une piqûre, d'une pustule ecthymateuse, mettant en jeu dans un organisme syphilitique le travail virulent? Ne sait-on pas que l'influence vaccinale suffit à précipiter l'éclosion de l'aptitude syphilitique acquise ou héréditaire? Dans ce cas, — accident et support communs de la double évolution pathologique, — le foyer de la pustule vaccinale ne peut-il pas constituer la sphère d'activité virulente de la syphilis? Il nous semble que cette dernière opinion compte en sa faveur au moins d'aussi bonnes raisons que celle qui suppose l'intervention problématique du sang. Nous ne la donnons toutefois que comme une simple conjecture et sans autrement y tenir.



Quoi qu'il en soit, malgré l'attention scrupuleuse qui a été éveillée parmi les vaccinateurs sur cet ordre de faits depuis la publication du travail de M. Al. Viennois, l'on a signalé de nouveaux cas de transmission syphilitique au moyen de la vaccine. Dans le service de M. Trousseau, un fait s'est rencontré, ainsi que dans celui de M. Devergie; ce dernier en a même fait l'objet d'une note lue à l'Académie de médecine (1). Une courte discussion s'en est suivie, dans laquelle M. Ricord a reconnu loyalement la réalité de cette transmission par lui longtemps niée. Peu de temps après, la même année (juin 1863), notre ancien collègue, M. Hérard, a présenté à l'Académie une petite fille âgée de deux ans, atteinte également de syphilis inoculée par la vaccine (2). M. Laroyenne, à la même époque, a observé un autre fait du même genre (3). Dans tous ces cas, ce sont les points de l'insertion qui sont les premiers affectés, soit après la cicatrisation régulière de la pustule vaccinale, soit sous sa croûte persistante; ensuite surviennent les symptômes dits constitutionnels.

Cette voie de transmission est heureusement assez rare : ce qui confirme encore ce que nous avons dit sur l'amoindrissement contagieux de la syphilis confirmée. Bien autrement considérable, en effet, est la proportion des enfants nouveau-nés syphilitiques, chez lesquels les symptômes n'éclatent qu'après les premiers mois qui suivent la naissance : de sorte qu'un certain nombre de ces jeunes sujets, vaccinés au milieu des apparences trompeuses d'une bonne santé, servent incontestablement, sans éveiller les soupçons du médecin, aux vaccinations privées ou publiques. Si le

(1) *Bulletin de l'Académie*. 1862-63, tome XXVIII, p. 654 et suiv.
(2) *Ibid.*, p. 1189.
(3) *Gaz. méd. de Lyon*, 16 juin 1864.

sang syphilitique avait par lui-même le degré de contagiosité dont on l'accuse, quels ravages redoutables dans ces mystérieuses conditions ne produirait-il pas? En tout état de cause, il sera toujours prudent de ne prendre le vaccin que sur des enfants âgés au moins de six mois.

Nous ne terminerons pas ce qui concerne la contagion par le vaccin, sans ajouter que M. le professeur A. Tardieu (1), tout en reconnaissant la transmission de la syphilis par la vaccination, regarde cette solution comme équivoque et difficile. Le savant doyen de la Faculté de Paris croit que ce problème a été très-obscurci. Notre opinion est absolument la même. Nous pensons avec lui que la doctrine lyonnaise repose sur un mécanisme dont la démonstration est loin d'être suffisante (2). Et nous ne voyons pas bien l'intérêt de M. Viennois à obscurcir, par des commentaires hypothétiques, des faits qu'il a eu le mérite de signaler à l'attention.

2° LÉSIONS INOCULÉES.

Les lésions engendrées par la contagion de la syphilis ont-elles des caractères différents, suivant la source et la période des lésions génératrices?

Il y a plusieurs opinions en présence.

La première est celle de M. le docteur Langlebert. Dans une séance « devenue historique » de la Société médicale du Panthéon (3), au mois de novembre 1855, ce jeune

(1) *Étude médico-legale sur les maladies accidentellement et involontairement produites. Annales d'hygiène publique*, avril 1864. Tome XXI, p. 340.

(2) Il faut ajouter toutefois que récemment l'un des élèves de cette école, M. Laroyenne (*loc. cit.*, p. 294), a revendiqué pour la *sérosité* formant le fluide vaccinal le pouvoir contagieux réservé au *sang*, c'est-à-dire au globule hématique, par son collègue M. Viennois.

(3) *Extraits des procès-verbaux* imprimés de la Soc. méd. du Panthéon, 1856.



et distingué syphilographe, reconnaissant, avec M. Auzias-Turenne, la contagiosité des accidents secondaires, émit le premier, dans la séance suivante (février 1856), cette formule : La *syphilis constitutionnelle a constamment pour point de départ un chancre, et spécialement un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire*. Trois ans après (décembre 1858), M. Langlebert donna deux mémoires (1) à la suite, contenant la démonstration clinique de cette proposition.

Cependant cet auteur ne pense pas que l'on doive assigner les mêmes caractères au chancre de provenance secondaire ou de source primitive. « Si le chancre infectant (dit-il) est la conséquence de l'inoculation d'un chancre d'origine primitive, il consistera dans une *ulcération* plus ou moins *profonde*, à surface grisâtre, fournissant une suppuration assez abondante et dont les bords nettement circonscrits seront soulevés par une induration volumineuse s'étendant sous l'ulcère de manière à lui donner un aspect cupuliforme.

« Si le chancre infectant est la conséquence de l'inoculation d'un accident secondaire, il sera sous la forme d'une simple *érosion* papuleuse, superficielle, indolente, suppurant peu, à surface lisse, rouge ou grisâtre, plus ou moins large et mal circonscrite; érosion quelquefois fortement indurée, mais le plus souvent parcheminée, ou même, dans quelques cas rares, ne présentant aucune induration sensiblement appréciable. »

Pour M. Auzias-Turenne, la contagion primitive produit seule le chancre ; les phénomènes secondaires développent une sorte de tubercule ulcéré ou *faux* chancre.

(1) Langlebert, *Examen des nouvelles doctrines de la syphilis : — De la contagion des accidents secondaires. — Moniteur des hôpit.*, déc. 1858.

Peu de temps après, M. Rollet fit paraître un excellent travail plein de faits judicieusement observés (1), d'où il tira cette conclusion, que la manifestation initiale est toujours la même, quelle que soit la source du contage; et cette manifestation, c'est le chancre induré. Ses attributs sont, dans tous les cas, ceux de l'ulcère syphilitique primitif, du chancre infectant vulgaire. « En sorte qu'il ne faut plus dire que le chancre infectant provient toujours du chancre, il peut provenir de la vérole secondaire. »

De son côté, comme M. Auzias, M. Gibert proteste contre cette assimilation de l'élément produit par la contagion primitive et par la contagion consécutive. Pour lui, ce dernier n'est nullement un chancre qui s'indure; « c'est un élément papulo-tuberculeux qui s'ulcère assez tardivement pour qu'on ne puisse pas le confondre avec l'ulcère primitif (2). »

Il faut donc examiner l'inoculation aux deux périodes de la maladie.

A. *Dans la période primitive.* Il y a d'abord un document véritablement classique, où les caractères de l'inoculation sur le malade ont été tracés en lettres d'or, document que les artifices des nouvelles théories plus que les réalités de la science tendent à discréditer aujourd'hui : — c'est la description présentée en 1838 par M. Ricord. Nous en gardons, pour nous, un fidèle souvenir. Voici ce document :

« Dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué, comme dans la vaccine, rougit; du deuxième au troisième jour, il se tuméfie un peu, et présente l'aspect d'une petite papule qu'entoure une auréole rouge ; du troisième au quatrième

(1) *Études cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, etc., etc.* (*Arch. de méd.* 1859, 5e série, tome XIII).

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 26 mai 1863. Tome XXVII, p. 678.

jour, l'épiderme, soulevé par un liquide plus ou moins trouble, prend la forme souvent vésiculeuse, offrant à son sommet un point noir, résultat du sang de la petite piqûre ; du quatrième au cinquième jour, la sécrétion morbide augmente, devient purulente, la forme pustuleuse se dessine, et son sommet, en se déprimant, lui donne un aspect ombiliqué. A cette époque, souvent l'auréole, dont l'étendue et l'intensité s'étaient accrues, commence à s'étendre ou à diminuer. Mais, à partir du cinquième jour, les tissus sous-jacents, qui souvent n'avaient subi aucune influence ou étaient seulement légèrement œdémateux, s'infiltrent et *durcissent par l'épanchement d'une lymphe plastique*, qui donne *au toucher la résistance et la sensation élastique de certains cartilages*. Enfin, ordinairement, à partir du sixième jour, le pus s'épaissit, la pustule se ride, et bientôt les croûtes commencent à se former. Si on détache les croûtes, ou si elles tombent, on trouve dessous un ulcère qui, siégeant sur la base dure dont nous avons parlé, offre un fond dont la profondeur est représentée par toute l'épaisseur de la peau, et dont la surface blanche, d'un gris plus ou moins foncé, est formée par une matière lardacée, comme pultacée, ou même une fausse membrane qu'on ne peut détacher qu'en l'abstergeant. Les bords de l'ulcère à cette époque, réellement taillés comme par un emporte-pièce, sont cependant décollés dans une étendue plus ou moins grande (1). »

Nous avons souligné d'autorité quelques lignes de la citation précédente, pour montrer qu'il s'agit bien ici de la lésion inoculée par le chancre de la forme confirmée : lésion dont les tissus sous-jacents, à partir du cinquième jour, infiltrés et durcis par l'épanchement de la lymphe plastique, donnent au toucher la résistance et la sensation élastique de certains cartilages.

Tels sont les résultats fournis à M. Ricord par l'inoculation pratiquée sur une grande échelle, dans les cas où elle fut positive sur ses malades. Ces résultats, autrefois *con-*

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes* ou recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation, Paris, 1838, p. 89.

stants et *réguliers* à l'hôpital du Midi, sont déclarés aujourd'hui équivoques et nuls à l'Antiquaille. M. Rollet n'admet point que le chancre de la syphilis confirmée se reproduise sur le porteur. Mais cette dénégation est trop absolue.

Melchior Robert a justifié par des expériences récentes le témoignage ancien de M. Ricord :

« *Toutes les fois* que nous avons inoculé à un individu *exempt de syphilis constitutionnelle* le pus d'un chancre *induré* dans sa période de virulence, nous avons noté dès le soir même de l'inoculation, ou, au plus tard, le lendemain, une tache rouge plus ou moins animée et plus ou moins saillante. Dès le troisième jour, ou, au plus tard, le quatrième, le centre de cette saillie papuleuse a commencé à présenter un petit point suppurant, la rougeur s'étendait plus au loin ; du cinquième au sixième jour, une véritable pustule a remplacé la papule enflammée, et en crevant cette pustule, nous avons vu, après l'issue de la sécrétion purulente, une petite ulcération arrondie, taillée à pic, à bords légèrement décollés et à fond grisâtre. Ce sont les mêmes phénomènes que nous avons déjà signalés après l'inoculation du virus de chancres non infectants (1). »

Toutes nos observations sont unanimes à cet égard. Dans les cas peu nombreux où nous avons vu M. Cullerier, à Lourcine, inoculer avec résultat sur les malades le pus du chancre induré, nous avons noté dès les premiers jours la manifestation de la papule ecthymateuse. Mais nous reconnaissons que le plus souvent ces résultats ont été négatifs. Ainsi, l'inoculation échoue très-souvent sur le porteur ; et lorsqu'elle réussit, la lésion se présente sous la forme élémentaire d'une petite papule, bientôt vésiculeuse ou purulente qui s'ulcère rapidement ou devient croûteuse.

La contagion naturelle du chancre dur peut avoir lieu à la

(1) *Nouveau traité des maladies vénériennes*, d'après les documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille. Paris, 1861, p. 348.

bouche sous la forme initiale d'un aphthe, ou à la peau, sous l'aspect d'un tubercule ou d'une vésico-pustulette, ou d'une papule, — toutes lésions élémentaires dont l'ulcération est, tôt ou tard, le caractère constant.

Cependant il faut reconnaître que l'inoculation avec le pus du chancre induré présente généralement pour caractères : la *lenteur* de l'*incubation* et le *début papuleux* plus ou moins caractérisés. En voici quelques exemples :

Dans une observation de M. Rollet, il y a eu une incubation de dix-huit jours, puis une papule s'est développée ; une ulcération a d'abord envahi le centre, puis la totalité de la papule (1).

En 1859, M. Baerensprüng a inoculé le pus du chancre induré d'un malade à une jeune fille indemne de tous accidents. Vingt-huit jours après seulement, les piqûres forment trois saillies tuberculeuses, puis les ganglions se tuméfient...

En 1860, M. Lindwurm inocule une fille de quarante-cinq ans, atteinte d'érosions vulvaires et de blennorrhagie, avec le pus d'un chancre induré étranger. Vingt-trois jours après, légère rougeur et papule qui s'ulcère. — Le pus de la lésion initiale porté sur une autre fille détermine, environ un mois après, à la suite d'une première pustule avortée, l'inoculation d'un chancre induré.

Il faut remarquer que, dans ces dernières circonstances, la plupart des individus auxquels a été empruntée la lésion génératrice portaient déjà des symptômes secondaires. En serait-il de même si l'on eût recueilli le pus de l'ulcération primitive avant la phase de l'induration?

(1) *Loc. cit.*, p. 46. « Ce chancre infectant, ajoute M. Rollet, je l'avais d'abord inoculé au malade lui-même sans résultat ; je l'avais inoculé à d'autres malades affectés de chancres indurés, également sans résultat ; enfin, je l'avais inoculé à plusieurs sujets affectés de syphilis secondaire et tertiaire, toujours sans résultat. N'ayant pas alors des idées bien arrêtées sur le double virus, je crus pouvoir l'inoculer impunément au malade qui venait d'avoir un chancre simple et deux bubons reconnus chancreux à l'inoculation : c'est chez lui qu'après une incubation de 18 jours apparurent la papule et l'ulcération dont j'ai parlé. »

Il faut donc prendre en considération ce caractère fréquent de l'incubation plus ou moins prolongée. Selon M. Alfred Fournier, elle serait, en moyenne, de 5 jours; pour M. Poncet, de 8 jours; suivant M. Diday, de 14 jours; de 25, suivant M. Rollet. Gabalda l'a trouvée de 10 jours dans l'une des observations de son mémoire. Encore une fois, l'induration du chancre n'a-t-elle point pour résultat de rendre l'incubation de la lésion inoculée plus lente, comme elle rend moins facile sa transmission ?

B. Examinons à son tour la lésion inoculée par les symptômes de la période *secondaire*.

A mesure que l'on pénètre plus avant dans les phases de la forme confirmée, les lésions qui résultent de sa contagion présentent des caractères plus accentués. D'après M. Rinecker :

1° Elles n'apparaissent jamais avant la fin de la deuxième semaine ; et, en général, elles n'ont lieu qu'après la quatrième semaine ; la longueur de l'incubation est un fait caractéristique ;

2° La première altération se fait toujours au point où l'inoculation a eu lieu ; elle reste pendant longtemps limitée dans le même siége ; elle a une marche essentiellement chronique, à ce point que, lorsqu'il n'y a pas eu de traitément local, l'accident persiste encore à l'époque où surviennent les symptômes généraux ;

3° L'affection locale se traduit sous forme de tubercules qui s'ulcèrent au bout de quelque temps, peuvent devenir fongueux et entraînent le plus souvent le gonflement des ganglions lymphatiques ;

4° Les symptômes généraux ne débutent guères qu'au bout d'un mois, souvent beaucoup plus tard, après les premières manifestations locales.

Les deux principaux caractères tirés de l'incubation et de la forme graphique de la lésion initiale paraissent en

effet plus accusés encore dans la contagion secondaire.

1° La *lenteur de l'incubation* a pour témoignages les faits suivants :

Les deux premières expériences de Wallace (1835) comptent l'une 28, l'autre 29 jours de durée entre l'inoculation et la manifestation initiale au point de l'insertion. Dans les expériences plus récentes du médecin de Dublin (1851), la lésion apparaît les 21e, 26e, 28e (2 fois), 30e et 36e jours. Sur les opérés du Palatinat, l'apparition de la lésion varia entre 15 et 42 jours.

Sur les deux sujets de Rinecker, le 29e et le 23e jour.

D'après l'observation de M. Guyennot, le 28e jour.

Sur les quatre faits contenus dans le rapport de M. Gibert, la durée de l'incubation notée trois fois est de 18, 25 et 35 jours.

M. Baerensprung a trouvé 28, M. Lindwurm 25, M. Galligo, 17 jours.

Pour ce qui concerne le sang, l'incubation est :

D'après Waller, 34 jours ; d'après M. Pellizari, 27 jours ; d'après M. Lindwurm, la 4e semaine.

Cependant, il faut noter des exceptions qui concernent, il est vrai, pour la plupart, l'inoculation sur le porteur :

Vidal de Cassis inoculant un malade avec le pus des pustules d'ecthyma dont ce dernier était porteur, voit le travail morbide commencer le *lendemain* (1).

M. Cazenave ayant inséré le pus d'une pustule ecthymateuse à la face palmaire de chaque avant-bras d'un malade, le *lendemain* un petit bouton rouge existe déjà à l'endroit des deux piqûres, et quarante-huit heures après la pustule est bien formée ;

Dans une expérience ultérieure de Vidal de Cassis sur un malade atteint de syphilis invétérée, les premiers vestiges de l'inoculation faite avec le pus d'une plaque muqueuse étrangère apparaissent *le 6e jour* ;

Une femme, portant six tubercules ulcérés aux mamelons, ino-

(1) *Annales des maladies de la peau et de la Syphilis*, Paris, 1850, t. III.

culée par M. Sperino, présente deux petites papules déjà formées *le 7e jour ;*

Le 10e jour, dans l'expérience tentée sur lui-même par le docteur L.... avec du pus d'une ulcération secondaire des tonsilles.

Ces diverses expérimentations démontrent donc l'incubation prolongée comme un caractère général de la contagion secondaire, non toutefois comme la règle constante et absolue. Il faut ajouter que, en outre, la manifestation de la lésion initiale paraît plus lente à se produire par l'intermédiaire du sang que par l'inoculation du muco-pus.

2° La *forme graphique* de cette lésion initiale de provenance constitutionnelle, est-elle un *chancre induré*, suivant M. Rollet; une *papule* muqueuse, d'après M. Gibert; le *tubercule* ou peut-être même une lésion semblable à la lésion génératrice, d'après M. Rinecker?

Le judicieux médecin en chef de l'Antiquaille a certainement raison de retrouver dans cette lésion — à lente incubation, avec ulcération et induration successives, escortée de la pléiade ganglionnaire, — les caractères essentiels du chancre confirmé. Ces derniers caractères, surtout l'adénite multiple, font défaut autour des plaques muqueuses les plus confluentes, ainsi que nous l'avons autrefois signalé. Mais M. Rollet va trop loin en identifiant complétement, sous le rapport de l'évolution et de l'aspect, l'ulcération d'origine primitive et secondaire. «Si le chancre syphilitique (dit-il au moment même où nous relisons ces lignes) est un, quelle que soit sa provenance, et s'il a des caractères variés, ces variétés sont essentiellement individuelles (1).» Cela est un peu trop absolu.

En effet, si l'on considère cette même lésion en son état

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, 1er mars 1864.

embryonnaire, au moment de son apparition, dans sa forme graphique initiale, on reconnaît que l'ulcération manque généralement tout d'abord. Dans presque toutes les expérimentations déjà citées, le début par une induration lenticulaire, papuleuse ou tuberculeuse, souvent croûteuse, est à peu près constant ; l'ulcération ne survient qu'à la suite, et après un temps variable, quelquefois même assez long; elle est toujours superficielle ou même insignifiante. De sorte qu'il serait plus vrai de voir dans ce chancre d'origine secondaire une induration qui s'ulcère qu'une ulcération qui s'indure.

Cette évolution particulière donne au chancre secondaire une physionomie plus ou moins originale. Et M. Langlebert qui, le premier, a regardé le chancre induré comme la lésion primordiale, distingue son caractère de ceux du chancre essentiellement primitif.

« L'affection locale, — a dit M. Rinecker en 1852, — se traduit sous forme de tubercules qui s'ulcèrent au bout de quelque temps... »

Et M. Gibert, dans son rapport académique (1), regarde cette lésion initiale comme une « forme papuleuse primitive, puis tuberculeuse, enfin ulcéro-croûteuse... »

Est-ce à dire que cette évolution soit fatale? Il faut toujours rabattre quelque chose des prétentions systématiques des syphilographes si l'on veut rester fidèle à l'observation des phénomènes de la nature. Nous voyons dans le cas d'inoculation pratiquée par M. Guyennot, que si le chancre secondaire a eu une lente incubation, il a présenté néanmoins dans son aspect graphique une assez grande ressemblance avec le chancre primitif. Voici le résumé de ce cas :

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine, loc. cit.*

Un sujet syphilitique, — à la suite d'un chancre pénien ayant laissé une forte induration et l'engorgement ganglionnaire multiple, — présente des plaques muqueuses confluentes et suppurées de l'anus. Avec le pus de ces dernières, l'inoculation est faite par quatre piqûres sur le bras d'un enfant teigneux, âgé de douze ans, le 7 janvier 1859.

Le 4 *février*, papule très-petite, rougeâtre, *sans élévation* à la peau.

5. Trois *pustules* comme une tête d'épingle s'élèvent à l'endroit de trois des piqûres.

7. Les pustules se rompent et forment trois petits *ulcères* superficiels, sans dureté.

10. Une aréole inflammatoire entoure les ulcérations qui s'agrandissent peu à peu.

14. La base de l'ulcération externe semble durcir.

16. Les ganglions de l'aisselle commencent à s'engorger.

22. Les bords des ulcérations s'élèvent, l'induration n'est plus douteuse.

24 *mars*. Les ulcérations, recouvertes de croûtes sèches, ont paru cesser de faire des progrès. Les ganglions de l'aisselle sont plus volumineux. Quelques papules discrètes apparaissent sur le col et sur la poitrine.

30. Une *belle* éruption d'ecthyma papuleux généralisé...

Ainsi, voilà pour lésion initiale une papule éphémère sans élévation de la peau, — c'est-à-dire une tache, — et, dès le lendemain, trois *pustules* qui s'ulcèrent 48 heures après. Quelle différence, à part la lenteur de l'incubation, trouver dans ce fait comparativement à l'inoculation du chancre simple ?

Tout cela revient à conclure que ces caractères ne sont pas aussi tranchés qu'on se plaît à dire ; qu'il y a là surtout une question de degrés et de nuances; enfin, que nos syphilographes se querellent pour des vétilles, et se hâtent un peu trop de convertir leurs prétentions puériles en décrets officiels.

Le mémoire de M. Rollet contient des observations de chancres secondaires commençant par des excoriations et des fissures, surtout aux mamelons des nourrices infectées par la forme congéniale : dans ces parages délicats, des gerçures préexistantes sont fréquemment le foyer élémentaire de l'inoculation. Mais, à côté de ces faits, il en est nombre d'autres où l'auteur ne mentionne aucune trace d'ulcération. A cette époque, en 1859, M. Rollet écrivait : « L'accident initial est un *ulcère* très-souvent induré, *quelquefois subissant la transformation papuleuse* (1)... » Aujourd'hui la jeune phalange de l'Antiquaille attribue au maître l'honneur d'avoir indiqué le *début papuleux* comme caractère constant du chancre syphilitique. Bien plus, dans son zèle excessif, elle se plaît à rapporter uniquement au syphilographe lyonnais la découverte de la transmission secondaire par le chancre induré. Loin de nous la pensée d'atténuer la valeur des services rendus à la science par un observateur aussi laborieux et d'ailleurs si éminent. Nul n'a contribué davantage à vulgariser l'opinion dont il est devenu l'interprète le plus autorisé. Mais la priorité de l'idée doit être restituée à qui de droit.

Elle se retrouve d'abord dans la tradition. M. Clerc n'a pas eu de peine à établir que nos ancêtres, — toujours trop méconnus, — n'avaient point ignoré la transmission de la syphilis secondaire sous la forme initiale de l'ulcère primitif (2). Cette mention est en effet catégoriquement exprimée par G. Rondelet, Astruc, P. Fabre, Petit-Radel, Babington, B. Bell, Bosquillon, etc., etc, qui se gardaient, — sans doute à bon droit, — d'en décréter la loi suprême. Les observateurs de notre temps ont moins de réserve. Ils se hâtent

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, 1859, n° 3.
(2) *Moniteur des hôpitaux*, 29 nov. 1860.

de découvrir ce qui était découvert depuis longtemps, et d'ériger en théories absolues quelques faits ajustés à leur point de mire particulier. De là, de minutieuses contentions.

S'il est vrai, toutefois, que cette tradition fût tombée dans l'oubli, et que les caractères de la lésion transmise fussent aujourd'hui méconnus, il devient équitable de rendre à M. Langlebert l'initiative qui, à cet égard, lui appartient. A cet observateur revient le mérite d'avoir indiqué la loi générale suivant laquelle est transmise la syphilis secondaire, et d'en avoir établi la démonstration clinique. Ce qui ne nous fait point oublier la part due aussi à MM. Auzias-Turenne, Rollet, Rinecker, Diday, Gabalda et Gibert dans cette laborieuse reconstitution.

3° DANS LA PÉRIODE TERTIAIRE.

Quant à la syphilis tertiaire, aucun fait ne prouve sa contagiosité. Ses accidents ont été vainement inoculés sur le porteur, et l'expérimentation a également échoué sur les sujets sains. Cherchant à obtenir l'immunité syphilitique de la même manière que l'on obtenait autrefois la préservation variolique par l'inoculation préventive, M. Diday s'est imaginé, il y a quelques années, de prendre pour fluide préservateur le sang des malades atteints d'affections tertiaires. Inoculé sur des sujets chancreux, ce sang n'a produit aucun résultat local ou général. Nulle lésion n'est survenue sur la piqûre. Les chancres ont conservé leurs allures habituelles. Un seul,—déjà induré, — a été suivi des symptômes secondaires; ceux qui étaient simples ont cicatrisé sans autres accidents. Ainsi, l'inoculation est ici stérile. Au moins, par la lancette, le sang des syphilitiques dans la période tertiaire n'est donc point inoculable.

En serait-il de même avec les procédés mis en usage à Dublin ? Nous l'ignorons entièrement.

4° DE L'UNICITÉ CONTAGIEUSE.

Ajoutons enfin, pour terminer ce qui se rapporte à la contagion de la syphilis confirmée, que cette forme n'atteint point généralement plus d'une fois ses victimes. Comme dans la coqueluche, la vaccine, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, etc., etc., la prédisposition se détruit en grande partie par sa mise en jeu. La plupart des malades — qui s'exposent de nouveau à la contagion, — ne sont désormais comptables que du chancre simple ou phagédénique. Ce fait de l'*unicité* de la syphilis confirmée a été, pendant vingt ans, l'un des dogmes les plus absolus de l'hôpital du Midi. L'école de M. Ricord était là-dessus fort intraitable. A aucun prix elle ne voulait entendre parler de cas de *double diathèse;* et il nous souvient combien notre ami, le professeur Follin, qui en avait rapporté une observation très-authentique, fut mal reçu par M. Venot, de Bordeaux.

Toutefois, cette loi de l'unicité, comme tant d'autres dogmes syphilographiques, est en train de perdre aujourd'hui sa prétendue infaillibilité. Ce n'est point un des adversaires les plus assidus de M. Ricord, Vidal (de Cassis), qui lui a porté autrefois les plus rudes coups, c'est l'un des plus anciens partisans de ce dogme même, M. Diday. Ce dernier, suivant la piste de nouvaux errements, a réuni les faits de réinfection connus jusqu'alors (1), les distribuant dans trois catégories :

(1) *Arch. gén. de méd.*, juillet-août 1862.

Dans la première, le *chancre* est le seul effet du second contact;

Dans la seconde, le *chancre* et des accidents *constitutionnels atténués* résultent du second contact;

Dans la troisième, le *chancre et des accidents constitutionnels plus graves* que ceux de la première contamination résultent de la seconde.

Sur 25 cas, 14 appartiennent à la première catégorie; 9 à la deuxième; 2 à la dernière.

5° RÉSUMÉ.

Terminons ce laborieux chapitre, compliqué par tant de contentions diverses, en résumant les conclusions que l'on peut admettre aujourd'hui.

1° Le pouvoir contagieux de la syphilis confirmée *varie* dans le cours de la maladie. D'une manière générale, il est en raison inverse de l'ancienneté des accidents. Porté au summum dans le chancre, il diminue à mesure que l'on s'éloigne du début, avec les symptômes successifs et secondaires, pour disparaître dans la période tertiaire.

2° Il a pour *agent*, principalement le *pus* des lésions primitives et secondaires précoces. Il existe, à un moindre degré, dans le *sang* et ses éléments, et peut-être aussi dans les *liquides organisables* de l'économie.

3° Le pus du *chancre* confirmé primitif est essentiellement, sinon fatalement, apte à la contagion du malade à un individu sain, mais à un moindre degré que le pus du chancre simple.

4° Avant la période de l'*induration,* ce pus est peut-être souvent réinoculable sur le porteur.

5° Sous l'influence ou à la suite de l'induration chan-

quelques années plus tard (1852), Mayr (1), à Vienne, en ont donné, le dernier surtout, une esquisse remarquable. Mais c'est à M. Diday (2) que la science est redevable de la monographie la plus complète et la plus exacte qui existe sur cette question si grave et si importante. Il y a douze ans, à l'époque où son livre fut publié, la plupart des caractères de cette forme étaient méconnus, son pouvoir contagieux même — qui atteignait, dans l'entourage des jeunes sujets malades, tant de victimes, — énergiquement et unanimement repoussé par l'école de M. Ricord, sous le joug de l'hypothèse huntérienne. En dissipant, le premier en France, les nuages et les préjugés répandus sur la syphilis héréditaire par cette école dont il fut d'ailleurs lui-même l'un des disciples les plus avoués et les plus anciens, M. Diday a fait une œuvre d'autant plus méritoire qu'elle pouvait paraître à ce moment, de la part de ses doctrines, plus inattendue. Le *Traité de la syphilis des nouveau-nés* restera, sans contredit, parmi les productions classiques les plus originales de la science contemporaine et le titre scientifique le plus sérieux de son auteur (3).

Une mention particulière doit être encore réservée à un excellent mémoire de M. Cullerier, à la thèse de M. Emile Vidal (4), aux travaux récents de M. Hutchinson, etc., etc.

Malgré cette attention toute spéciale, beaucoup de personnes persistent à voir dans la syphilis héréditaire un reflet pur et simple de la syphilis confirmée, dont l'âge seul des

(1) Mayr, trad. par le docteur Axenfeld, *Annales*, t. IV, p. 203.

(2) Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, 1852.

(3) Nous aimons à rendre publiquement ce témoignage d'autant moins suspect de notre part, que M. Diday nous en ménage trop rarement l'occasion.

(4) *De la Syphilis congénitale*. Thèse d'agrégation. Paris, 1860.

malades modifie les traits communs. Pour nous, quelque naturelles et intimes que soient les affinités qui les relient, la syphilis héréditaire et la syphilis confirmée constituent des formes distinctes, — non pas à cause de l'âge différent des sujets, — mais par l'universalité des caractères pathologiques : modes de transmission, aspect objectif des accidents, évolution des symptômes, développement des lésions, marche de la maladie, gravité ordinaire du dénouement, degré de la contagion, etc., etc.

Est-il possible de comprendre dans une seule forme toutes les variétés de la syphilis héréditaire? M. Cazenave (1) a proposé une distinction qui ne manque pas, sous quelques rapports, de réalité, mais dont le départ est au moins hypothétique. Selon le dermatologue de l'hôpital Saint-Louis, l'enfant apporte en naissant une syphilis ou *congéniale* (primitive, aiguë), ou *héréditaire* (consécutive, chronique). Dans le premier cas, la maladie lui a été transmise par l'un des ascendants atteint d'accidents primitifs (2), soit au moment de la conception, soit pendant la grossesse ; l'infection est alors primitive, aiguë, apparaissant après la naissance, moins grave, le plus souvent contagieuse. Dans le second cas, la maladie sera l'expression d'un tempérament spécial, en vertu duquel l'enfant pourra éprouver des accidents syphilitiques secondaires chroniques ; celle-ci n'apparaîtrait que six semaines, six mois, un an après la naissance, serait plus grave, cachectique et seulement contagieuse par accident. Nous retiendrons, en partie, les termes de cette distinction, mais pour les appliquer à deux catégories plus

(1) Cazenave, *Ann. des maladies de la peau et de la Syphilis.* Paris, t. II.

(2) Dans les phénomènes syphilitiques *primitifs*, M. Cazenave comprend, avec le chancre, la plaque muqueuse et la plupart des syphilides précoces.

réelles de symptômes présentant à nos yeux des caractères cliniques plus accusés et des déductions pratiques plus importantes.

En définitive, pour nous, la syphilis transmise par hérédité se présente sous deux formes particulières :

La première survient d'une manière précoce, quelquefois avant, le plus souvent peu de semaines après la naissance ; elle est aiguë et grave ; éminemment contagieuse ; circonscrite le plus souvent aux phénomènes secondaires : — c'est la syphilis *congéniale* ;

La seconde se développe tardivement, le plus souvent vers l'âge de la puberté, ou même plus tard ; sa marche est essentiellement chronique et fixe ; dépourvue de tout pouvoir contagieux ; bornée, en général, aux accidents tertiaires, ou même seulement à certaines dégénérescences variées se rapprochant de la scrofule et du rachitisme : — c'est la syphilis *héréditaire* proprement dite.

Cette division nous permettra de comprendre aisément, sous l'une ou l'autre catégorie, des faits assez disparates, qui, dans un seul groupe, pourraient impliquer une certaine contradiction. Mais, avant de les étudier isolément, il convient de les réunir au point de vue de la communauté de leurs conditions étiologiques.

§ 2. — Du pouvoir héréditaire.

La question de l'hérédité syphilitique soulève plusieurs problèmes dont les éléments sont assez confus et les solutions plus ou moins obscures. Il est malaisé, on le comprend, d'éliminer les inconnues et les équivoques qui enchevêtrent certaines recherches sur la paternité légitime des accidents. De là des données assez incomplètes. Étudions celles qui

peuvent jeter quelque lumière sur l'hérédité considérée : 1° dans ses sources ; 2° dans ses effets.

1° Quelle est la part des symptômes et celle des ascendants ?

A. Les *symptômes confirmés* paraissent seuls héréditaires.

Selon M. Bassereau (1), les nouveau-nés présentent toujours des accidents de même ordre que ceux dont les parents étaient porteurs au moment de la succession transmise. Cette proposition n'est point exacte. On trouve beaucoup d'exemples d'enfants atteints par des symptômes variés, alors que les accidents avaient disparu chez les géniteurs longtemps avant la procréation ; en outre, la même infection constitutionnelle des parents peut produire sur la série successive des héritiers des phénomènes très-divers.

Les symptômes précoces de la période secondaire sont ordinairement les plus aptes à la transmission héréditaire : ils donnent lieu à la forme congéniale.

C'est plutôt à la forme héréditaire proprement dite que disposent les symptômes de la période tertiaire. Néanmoins, l'on a vu des nouveau-nés, engendrés pendant cette dernière phase de la forme confirmée, présenter des accidents congéniaux, et d'autres, issus de parents atteints de productions gommeuses, par exemple, porter seulement quelques vestiges d'éruptions cutanées.

Enfin, ce sont plutôt diverses dégénérations qui se manifestent héréditairement lorsque la source du mal encore plus invétérée ne produit qu'à une longue échéance ses effets.

Systématisant ces données, certains syphilographes ont

(1) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la Syphilis.* Paris, 1852, p. 540.

voulu établir une sorte de concordance non plus symptomatologique, mais *chronologique*, entre l'état des ascendants et celui des descendants. Ils ont soutenu, par exemple, que l'hérédité syphilitique, transmise au moment de la conception, se traduit par des lésions pendant la vie intra-utérine du fœtus; tandis que lorsque le germe morbide était communiqué plus ou moins longtemps après la conception, ses résultats ne se manifestaient qu'à une époque plus ou moins éloignée après la naissance. Mais les faits démentent, pour la plupart, cette opinion. Il n'est rien de plus commun que de voir des enfants, conçus par des parents déjà syphilitiques, venir au monde exempts, pendant les premières semaines, de tout symptôme de maladie. Nous en rapporterons tout à l'heure un témoignage concluant.

B. La part des *ascendants* doit être rapportée au père ou à la mère seuls, ou bien à leur action composée.

a. L'influence exclusive du *père* est beaucoup moins fréquente et beaucoup moins certaine, d'après la remarque déjà faite par Astruc, que celle de la mère. Vassal, l'un des premiers (1807), et M. Cullerier, l'un des derniers (1), l'ont formellement niée. Cependant M. Bouchut (2) considère cette transmission paternelle comme possible; et, — d'après M. Diday, — Cederschjold, Swediaur, Bertin, MM. Depaul, Haase, Guérard, Bœhr, en citent des faits qui semblent évidents. M. Trousseau (3) attribue même au père la meilleure part.

(1) Cullerier, *De l'hérédité de la syphilis*. Mém. lu à la Soc. de chirurgie, t. IV, p. 230; 1857.

(2) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*. 4e édit., 1862, p. 988.

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 2e édition. Paris, 1865, tome III.

Enfin, M. Émile Vidal (1) rapporte trois cas irrécusables. Nous raconterons tout à l'heure une observation propre à confirmer cette influence exclusive du père, si rare qu'elle soit évidemment.

Il résulte des faits connus que l'indemnité syphilitique apparente du père, au moment de la procréation, n'exclut pas, après une contamination antérieure, la transmission ultérieure de l'hérédité. Non-seulement cette transmission a lieu, dans la période prodromique, avant toute manifestation secondaire, ou dans l'intervalle de deux poussées successives de la même infection constitutionnelle, — ce qui se comprend aisément, — mais encore alors même que la guérison semblait parfaitement radicale depuis plusieurs années. Cet enseignement de l'observation mérite une grande attention. Il n'est pas besoin d'en faire ressortir la portée.

Cependant le développement héréditaire chez l'enfant n'a pas la même constance et la même activité à mesure que l'on s'éloigne du moment de la contamination apparente chez le père ; et l'on peut se rallier à la conclusion de M. Diday, savoir, que, lorsque l'ascendant infecté est exempt actuellement de tout symptôme, l'immunité est possible, sinon certaine, sur le descendant.

Enfin, s'il faut en croire ce syphilographe, après une naissance entachée, l'immunité des enfants subséquents, quoique issus d'un père différent, ne serait même pas certaine. Si une pareille donnée recevait une plus complète démonstration, elle confirmerait une fois de plus l'opinion de P. J. Tessier sur l'influence considérable et profonde de l'homme dans l'acte fécondant, non pas seulement sur le principe formateur du nouvel être, mais encore sur les phé-

(1) Émile Vidal, *De la syph. congénitale*, 1860.

nomènes palingénésiques divers dont cet acte est le point de départ et dont la femme n'est pas moins l'effet que le support.

b. L'influence exclusive de la *mère* peut être déterminée dans quelques circonstances très-positives, lorsque, par exemple, une nourrice, contaminée par un nourrisson et fécondée par un homme sain, donne naissance à un nouveau-né syphilitique. Dans ces cas dont M. Diday rapporte les exemples les plus certains, la transmission exclusive est évidente, l'on peut ajouter même, nécessaire.

Presque toujours, lorsque la mère a contracté le mal *avant la conception*; et qu'elle en présente quelques vestiges pendant la grossesse, l'enfant viendra au monde déjà en puissance ou bientôt convaincu du legs héréditaire.

Mais, *après la conception*, pendant le cours de la grossesse, la mère, recevant la contagion, peut-elle la communiquer au fœtus? Il ne saurait subsister dans la majorité des cas aucun doute là-dessus. Cependant l'on a contesté la possibilité de l'infection de l'enfant (1), surtout avant la quatrième semaine ou après le septième mois révolu de la grossesse (2). Bertin, Abernethy, MM. Natalis Guillot, Boys de Loury, Ricord ont nié le pouvoir de cette transmission dans les derniers mois. M. Diday hésite : il déclare que, dans les trois derniers mois, il n'est point sûr de la réalité de la transmission. Mais M. Cullerier affirme nettement, et avec raison, selon nous, que l'hérédité syphilitique a le privilége de se manifester à toutes les périodes de la gestation, à tous les âges du fœtus (3). Nous lisons, en effet, dans ce moment, une

(1) Mandron. *Journal de Bruxelles*, 1856.
(2) Diday, *loc. cit.*
(3) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome IV, p. 230.

observation publiée par les journaux de médecine, et dans laquelle M. le docteur Chabalier démontre cette transmission opérée chez la mère au huitième mois de la grossesse, et par celle-ci au fœtus qui en présenta les signes non équivoques après sa naissance (1).

c. Enfin, l'influence combinée des *deux conjoints* rend leur progéniture fatalement condamnée à l'héritage syphilitique, surtout si, au moment de la conception, le couple contaminé se trouve aux périodes les plus actives de la syphilis confirmée.

2° Quels sont les effets de l'hérédité ?

Ils consistent dans : l'*avortement*, la *cachexie*, les *manifestations syphilitiques précoces* ou *tardives*, les *dégénérescences*.

Examinant plus loin ces divers phénomènes au point de vue séméiotique, nous ne nous occuperons en ce moment que de leurs rapports avec les conditions étiologiques de la transmission.

A. Quel que soit le point de départ héréditaire, — atteint dans son germe, l'embryon succombe fréquemment avant d'avoir vu le jour. L'œuf se détache prématurément. L'avortement est le double sacrifice qui atteint la mère dans ses espérances, le rejeton dans sa vie.

On voit même, après la disparition de toute manifestation syphilitique, les avortements se succéder parfois sur une même personne avec une obstination rebelle : circonstance bien faite, en dehors des signes ordinaires, pour éveiller fortement les soupçons du médecin.

La répétition de cet acte insolite paraît avoir quelques caractères qui lui sont particuliers.

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, 1864.

Le plus ordinairement elle s'accomplit suivant une loi de décroissance d'après laquelle, à mesure que les fausses couches se multiplient, les chances de vie augmentent ou se prolongent pour chaque enfant. L'avortement apparaît de plus en plus tard, et lorsqu'il n'a plus lieu, les autres phénomènes héréditaires deviennent ensuite de plus en plus tardifs. M. Diday a réuni beaucoup de faits de ce genre. Nous lui empruntons quelques-uns des plus intéressants.

Dans l'observation de Bertin :

Six enfants viennent successivement au monde sous l'influence de la dyscrasie syphilitique : trois avant, trois après terme.

Le premier, au sixième mois de la vie intra-utérine ;

Le deuxième, à 7 mois ;

Le troisième, à 7 mois et demi ;

Des trois derniers qui parviennent à terme, le quatrième ne survit que 18 heures ;

Le cinquième meurt après 6 semaines ;

Le sixième après 4 mois.

Dans une observation de Haase :

Une femme de vingt-deux ans, affectée d'ulcères et de condylomes à la vulve et au gosier, avorte de trois premiers enfants, mort-nés à 8 mois ;

Des quatre suivants arrivés à terme, le quatrième meurt hydrocéphale, à 7 mois ;

Le cinquième meurt avec un ulcère serpigineux à la face ;

Le sixième, avec un érythème général auquel il succombe peu de jours après ;

Enfin le septième paraît bien portant, mais devient scrofuleux à 2 ans.

D'autres fois l'influence héréditaire se manifeste à la même époque pour toute une série de rejetons provenant de la même souche ; telle est l'observation de M. Devergie :

« Un jeune homme ayant éprouvé des symptômes syphilitiques se maria et eut successivement dix enfants qui moururent subitement dès leur naissance, par l'effet de la syphilis dont ils étaient atteints. Le père ayant consenti alors à suivre un traitement qui dura dix-huit mois, il survint plus tard un onzième enfant qui a joui constamment d'une bonne santé. »

D'autres fois encore, l'on observe une progression en sens contraire : avec le nombre des gestations diminue la durée de la vie intra-utérine des enfants.

Il y a, quoique plus rarement, des séries alternantes. Ainsi, des individus syphilitiques peuvent donner naissance à un enfant sain entre deux ou plusieurs héréditairement infectés.

Enfin, un fait très-singulier qui résulte d'observations de M. Price, de Margate et de M. Campbell (1) est celui-ci :

Deux enfants jumeaux peuvent naître, l'un mort-né, l'autre vivant, avec des caractères syphilitiques.

Ou bien, l'un est syphilitique au moment même de la naissance ; l'autre, sain en apparence, ne présente de symptômes congéniaux que quelques semaines après.

B. Le détachement prématuré du fruit, la mort prompte qui suit la naissance, souvent avant toute manifestation syphilitique caractérisée, sont le résultat de *l'état cachectique* : syndrome primordial dans les accidents congéniaux, — ultime, au contraire, dans la forme confirmée. Cependant la cachexie, chez les nouveau-nés, peut être précédée, ou au moins escortée par diverses lésions cutanées et viscérales.

C. Rares au moment de la naissance, les *symptômes* héréditaires *apparents* ont été néanmoins observés plus d'une fois *avant le neuvième mois* de la vie fœtale.

(1) *Montly Journ.*, 1844.

G. Rondelet (1560), le premier, dit avoir vu un enfant couvert de pustules au moment de la naissance.

Gilbert, Guérard, S.-A. Cooper, Doublet, Bertin, Landmann, etc., etc., en ont rapporté plusieurs exemples.

Cullerier a vu un enfant mort-né avec des pustules plates.

Mon collègue et ami A. Deville a également observé un avorton souillé de plaques muqueuses.

A la clinique obstétricale de Vienne, Mayr raconte que, pendant un seul mois, le dixième des enfants syphilitiques est venu au monde avec le pemphigus.

C'est généralement quelques semaines *après la naissance* que se développent les accidents héréditaires *précoces :* état cachectique, lésions viscérales et surtout altérations tégumentaires externes ou internes. Dans ces cas, l'enfant naît entièrement sain. Rien n'annonce encore les phénomènes redoutables sur le point d'éclater.

La détermination de l'époque où ces accidents ont coutume de se dénoncer est fort importante pour la pratique, par rapport à l'allaitement, à la vaccination.

Il faut d'abord se pénétrer de ce fait, que l'immunité originelle est très-fréquente, par suite très-insidieuse, contrairement à l'opinion exprimée dans une discussion académique par M. Depaul (1), qui affirme, au contraire, l'existence habituelle des manifestations syphilitiques au moment de la naissance. Cette opinion a été aussitôt réfutée par MM. Ricord et Devergie; ce dernier, placé pendant trois ans à la Direction des nourrices, a vu nombre de fois partir des enfants sains en apparence, — examinés avec soin au moment de leur départ, — et qui revenaient au bout de quelques mois avec des manifestations syphilitiques non douteuses. C'est

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, mai 1863. Tome XXVIII, p. 672.

aussi l'impression que la plupart des naissances à Lourcine nous ont laissée.

Plusieurs observateurs ont d'ailleurs mentionné avec soin l'époque des accidents. Il faut noter après la naissance :

Suivant	Nisbett,	15 jours.
—	Doublet,	8 —
—	Babington,	3 à 5 semaines.
—	Gibert,	1er ou 2e mois.
—	Trousseau et Lassègue :	*minimum*, 1 semaine. *maximum*, 7 mois.
—	Huguier,	3e au 25e jour.
—	Simon,	du 8e au 15e jour.
—	Cristofori,	du 1er au 3e mois.
—	Mahon,	du 4e au 5e —
—	Bouchut,	du 1er au 2e —
—	Bardinet,	le 2e mois.

M. Diday, sur 159 observations, a noté l'apparition des accidents :

Avant	1 mois révolu,		86 fois.
—	2	—	45 —
—	3	—	15 —
—	4	—	7 —
—	5	—	1 —
—	6	—	1 —
—	8	—	1 —
—	1 an révolu,		1 —
—	2	—	2 —

Mayr, sur 49 cas, a vu les accidents survenir :

A	16 jours,		2 fois.
—	21	—	5 —
—	1 mois,		8 —
—	2	—	15 —
—	3	—	11 —

A	4 mois	2 fois
—	8 —	1 —
—	1 an,	4 —
—	1 an à 16 mois,	3 —

La plupart de nos observations fixent l'invasion héréditaire la plus commune de la troisième à la sixième semaine : date complétement en rapport avec la moyenne des chiffres précédents.

« Après un an et surtout plus tard, dit Mayr, la maladie est rarement à craindre. » De même, c'est par exception, suivant M. Cullerier, que les enfants en puissance de syphilis héréditaire franchissent le sixième mois sans rien présenter.

Cependant un très-grand nombre d'auteurs opine que la syphilis héréditaire peut éclater à l'improviste, *à des époques* beaucoup *plus lointaines* de la vie, à la puberté, au moment du mariage, de l'accouchement, jusqu'à l'âge le plus avancé. Dans ces circonstances nouvelles, ce sont des manifestations tardives, *chroniques*, qui surviennent, analogues aux accidents tertiaires de la syphilis acquise.

En voici quelques témoignages, entourés de toutes les garanties d'autenticité suffisantes :

N. Massa raconte l'histoire de trois enfants chez lesquels la maladie s'est développée de trois à six ans.

Balling, Albers signalent le fait d'ulcères syphilitiques héréditaires, sur des enfants déjà âgés.

Rosen a vu « une jeune fille de onze ans, fraîche comme une rose, qui vit se déclarer chez elle le mal vénérien héréditaire par la tuméfaction et la suppuration des glandes du cou, du nez, la carie du palais et des ulcères rongeurs au visage. »

M. Cazenave cite deux observations ayant pour sujet deux jeunes filles, l'une de neuf, l'autre de dix-huit ans ; chez la dernière, depuis l'âge de dix ans, existaient des syphilides tuberculeuses et serpigineuses.

M. Ricord avait dans son service, en 1863, un jeune homme de dix-sept ans qui n'avait vu éclore qu'à cet âge une syphilis tertiaire provenant de ses parents. « J'ai vu, — disait le même médecin à l'Académie, — des sujets chez qui la vérole héréditaire ne s'est manifestée qu'à l'âge de quarante ans. »

M. A. Fournier parle de deux malades, l'un âgé de dix-huit, l'autre de vingt-cinq ans, n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien d'aucune sorte, et présentant l'un et l'autre une tumeur gommeuse du voile du palais ; le premier, en outre, un tubercule du pharynx.

M. Trousseau a observé une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte, depuis l'âge de sept ans, d'une exostose aux jambes, et, pendant les années suivantes, de douleurs ostéocopes nocturnes.

Melchior Robert rapporte aussi deux faits de syphilis, sans antécédents, survenus sur deux dames et guéris par le traitement ioduré. Le dernier de ces faits fut caractérisé par une perforation de la voûte palatine.

M. Sperino a observé un sujet de onze ans, atteint d'ulcération du palais et de cachexie commençante. Après des tentatives de syphilisation infructueuses, l'iodure de potassium amena la guérison.

D. Indépendamment de ces manifestations caractérisées et dont la nature spéciale n'est point douteuse, l'hérédité syphilitique peut se traduire par des *dégénérescences* organiques ou constitutionnelles encore assez obscures dans leurs signes, mais dont les rapports étiologiques avec la syphilis paraissent assez bien établis.

L'on a été fort loin dans cette voie en considérant l'hérédité syphilitique *sicut origo omnium malorum*, comme la boîte de Pandore de tous les maux. « C'est de là, — disait Ucay (1699), — que viennent tant de maladies héréditaires, tant de tumeurs scrofuleuses, tant de vieux ulcères, tant de gouttes et de rhumatismes, tant de flueurs blanches aux femmes. » Astruc envisageait cette source unique comme la

cause néfaste de toutes les maladies qui peuvent affliger l'espèce humaine. Toute une école a répété cette thèse. « On est surpris, — c'est Sanchez qui parle (1752), — en voyant à chaque pas tant de maux d'yeux, tant d'écrouelles, tant de gens avec les épaules de travers, avec l'épine du dos courbée de mille façons, les jambes crochues, une petite taille mince, sans muscles prononcés et sans consistance des os. » Après Rosen et Vigarous, Carrère (1783) continua cette litanie des maladies dégénérées, masquées et compliquées sous l'influence syphilitique héréditaire, regardant cette transmission comme la raison la plus flagrante de l'extinction des familles... — A ce compte, ce médecin suisse avait raison, dont Rummel raconte qu'il inaugurait toujours tout traitement par l'emploi du mercure, persuadé que le genre humain entier avait certainement reçu en partage quelque atome héréditaire du virus syphilitique.

On peut penser qu'il y a plus d'une exagération dans cette généralisation confuse. Mais ce n'est point une raison pour se hâter de jeter par-dessus le bord tout le bagage des faits d'observation, indistinctement. De ce nombre sont certaines dégénérescences constitutionnelles, rapportées par les auteurs à des affections scrofuleuses, d'autres qui ont rapport au rachitisme.

La question soulevée à ce sujet est celle-ci : L'hérédité syphilitique ne met-elle en jeu, dans ces circonstances, sur les descendants, que la prédisposition à la scrofule; et, par conséquent, cet état morbide ainsi contracté est-il identique à celui qui ne reconnaît point cette origine? ou bien, au contraire, les dégénérescences dont nous parlons ont-elles un cachet spécial, une signature propre qui les rattachent exclusivement à la syphilis?

M. Ricord s'est rangé depuis longtemps à la première

opinion. Selon lui, « l'influence syphilitique (des parents) sur l'hérédité semble aller toujours en décroissant, pour ne devenir plus tard qu'une des causes héréditaires des scrofules. » Ainsi, dans la période des accidents tertiaires anciens, les ascendants engendreraient des rejetons non point syphilitiques, mais scrofuleux : assertion erronée dans sa rigueur absolue. Cependant on peut accepter parfaitement que la syphilis, en de certaines conditions, joue — non-seulement à l'égard de la scrofule, mais encore relativement à d'autres affections, l'éclampsie, le rachitisme, — un rôle de causalité plus ou moins active, sans laisser d'autre impression sur les caractères de ces maladies.

Mais, dans d'autres cas, cette impression est plus profonde. Les dégénérescences provoquées par la syphilis héréditaire, tout en affectant les apparences organiques de la scrofule, du rachitisme, etc., etc., n'en réalisent point cependant le type constitutionnel; elles peuvent en être distinguées et rattachées à leur source véritable par certains traits caractéristiques. Si cette dernière opinion est fondée, elle mérite une grande considération, en mettant aux mains du praticien une indication et des ressources curatives d'autant plus importantes qu'elles sont, — dans les cas ordinaires, — sans application et sans efficacité.

Ce point de vue a été surtout développé par MM. Maisonneuve et Montanier (1), qui ont désigné sous le nom de *scrofuloïdes* ces affections syphilitiques analogues à celles de la scrofule, propres aux enfants engendrés par des parents atteints de phénomènes consécutifs de vieille date. Poursuivant ces idées, M. Diday a démontré, de son côté, que ces dégénérescences n'offrent pas les caractères classiques de la scrofule ordinaire. Et M. Hutchinson, en faisant con-

(1) Maisonneuve et Montanier. *Traité pratiq. des mal. vén.* Paris, 1856.

naître quelques-unes de ces affections symptomatiques nouvelles, s'est appesanti sur certains signes constitutionnels propres à en déterminer la provenance originelle.

Les mêmes considérations pourraient s'appliquer aux altérations d'apparence rachitique, et sans doute encore à d'autres dégénérescences organiques dont l'étiologie reste assez obscure, et qui portent en particulier sur les organes des sens.

Enfin, la succession syphilitique ne reconnaît-elle pour héritiers légitimes que les intéressés immédiats? Les légataires de droit n'échappent-ils pas quelquefois à ses obligations pendant que les descendants plus éloignés en subissent les atteintes? En un mot, l'hérédité se prescrit-elle ici après la première génération? Cette question, que je sache, n'a pas été soulevée dans la science; et cependant la syphilis confirmée ferait-elle seule exception à toutes les autres souches morbides héréditaires? Un fait — que nous observons en ce moment, — nous porte fort à présumer que si l'on voit parfois un enfant sain naître des mêmes géniteurs, avant et après un enfant syphilitique, il n'est pas impossible de rencontrer une génération saine entre la source du mal et ses effets éloignés. Nous produirons ce fait en son lieu. (Obs. XXXI).

Étudions maintenant la syphilis héréditaire au point de vue de ses évolutions classiques et naturelles, dans les deux formes qui la constituent.

FORME CONGÉNIALE.

C'est la syphilis héréditaire aiguë des nouveau-nés.

§ 1. — Évolutions

Il ne faut plus songer, pour retracer l'histoire de ses évolutions, aux périodes de la forme confirmée, à cet ordre de succession suivant lequel symptômes et lésions se déroulent si régulièrement, présentant, dans leur coordination, des caractères si distincts par leurs localisations, leur marche, leur contagiosité, etc., etc. Non-seulement les symptômes primaires manquent ici, mais encore le mode de succession des autres manifestations semble renversé. Les phénomènes cachectiques et les affections viscérales ouvrent le plus ordinairement la scène au lieu de la fermer; et, loin de se localiser graduellement des tissus superficiels sur les organes profonds, le mal n'éclate à la peau qu'après avoir entraîné l'atrophie générale de l'économie.

Si l'enfant échappe à la mort, dans le sein de la mère, il peut venir à terme dans l'une des trois conditions suivantes :

1° Dans l'*état cachectique* et *sans lésions apparentes ;*

2° Avec des *lésions extérieures* déjà développées *au moment de la naissance ;*

3° Au milieu des apparences de la santé ordinaire, et *sans aucun vestige* morbide.

Les enfants syphilitiques qui viennent au monde atteints de cachexie présentent l'aspect énergiquement exprimé par Fallope : « *Videntur semi-cocti*, *ut ferant peccata parentum.* » Ils ont le corps émacié, la peau mate, terne, sans élasticité, plus ou moins sèche, couverte de plis et de rides, assez semblable à du parchemin. En divers points du corps, l'épiderme fait défaut ou paraît interrompu : çà et là, sur les fesses, à la partie interne des cuisses, aux talons, on remarque des rougeurs érythémateuses livides, plus rarement

des bulles de pemphigus à la plante des pieds et à la paume des mains. Les extrémités inférieures surtout sont violacées, grêles, flasques et débiles. Les ongles à peine formés; les cils et les sourcils font défaut; les cheveux ténus et rares. La couleur du visage est bistrée, empyreumatique, d'une teinte caractéristique. « Dans plus d'un cas, le médecin instruit par une longue expérience diagnostiquera, presque à coup sûr, la syphilis à la seule vue du visage de l'enfant; il présente, en effet, une coloration qui ne peut être que grossièrement définie. Le visage est d'un jaune bistré spécial. Il semble que l'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie délayée dans une ample quantité d'eau : cette teinte, presque du même ton que le masque des accouchées, ne s'étend pas ou s'étend à peine au reste du corps. On ne la retrouve dans aucune autre maladie de l'enfance, et quand elle est bien marquée, elle vaut les meilleurs symptômes (1). » Les traits du visage ridés, creusés, contractés par la souffrance, portent ce cachet *sénile* qui a frappé tous les observateurs. Ces victimes infortunées de l'hérédité précoce présentent, en un mot, selon l'expression de Doublet, la miniature de la décrépitude. Sans force même pour prendre le sein, elles ne tardent pas à s'éteindre au bout de quelques jours, souvent même au bout de quelques heures, ne cessant d'exhaler un cri imperceptible, seul râle de cette lamentable agonie.

Dans quelques circonstances assez rares, plusieurs de ces enfants naissent avec des manifestations syphilitiques plus ou moins nettement accentuées, de sorte que l'apparition de ces dernières a rigoureusement commencé pendant la vie intra-utérine.

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Deuxième édition, Paris, 1865, t. III, p. 301.

Le plus ordinairement, ainsi que nous l'avons dit, les nouveau-nés voués à l'hérédité syphilitique présentent d'abord les apparences de la santé ordinaire, robuste même, sans que l'on puisse soupçonner en eux le moindre indice accusateur.

Suivant Mayr, qui a si fidèlement étudié les symptômes au point de vue de leurs évolutions, la syphilis héréditaire — dans la forme qui nous occupe — présente deux degrés :

1° Quelques jours déjà après la naissance, les nouveau-nés sont notablement agités, *dorment moins*, tétent avec difficulté, et deviennent pâles. La peau perd sa souplesse et sa turgescence normales; elle devient flasque et sèche; on la trouve, à la plante des pieds, aride et bleuâtre, semblable à la pelure d'ognon. Bientôt, au visage et successivement aux extrémités, s'élèvent des taches colorées, contrastant avec la pâleur cutanée, lenticulaires, brunâtres, cuivrées, ne disparaissant pas à la pression; elles s'élargissent en quelques points et se confondent. La peau prend un aspect luisant, quoique sèche. L'épiderme s'exfolie sous forme de minces lamelles.

En même temps, les petits malades commencent à avoir la respiration soufflante. La pituitaire se sèche et s'engorge, laisse exhaler peu à peu un muco-pus sanieux qui obstrue, surtout en se concrétant, les orifices du nez. Bientôt la respiration ne peut avoir lieu que par la bouche entr'ouverte : aussi, l'enfant quitte à chaque instant le sein ou le biberon, dans l'impossibilité de pratiquer la succion, au milieu d'une anxiété presque permanente. L'affection nasale peut s'étendre au pharynx, au palais, au larynx, occasionner la sterteur ou bien la faiblesse et la raucité de la voix, la dysphonie.

Auprès des orifices muqueux, il se forme des fissures concentriques, saignant facilement, envahissantes. Il en résulte

un aspect sillonné des ouvertures de la bouche et de l'anus et quelque gêne dans le jeu des muscles qui concourent aux mouvements de ces parties.

2° Au bout de peu de temps, sur les taches brunes, apparaissent les syphilides papuleuses, vésiculeuses ou pustuleuses. A l'anus et à la vulve, dans l'intervalle des fissures, se groupent fréquemment les condylomes (plaques muqueuses), les plus abondants et les plus volumineux ; on les rencontre aussi au périnée, dans la rainure interfessière, à la région interne des cuisses, au cou, au dos, même à la face.

A une période plus avancée, les fissures et les rhagades des lèvres et de l'anus, les diverses syphilides,— surtout les plaques,—passent à l'état d'ulcères. Les plus larges et les plus fréquents siégent au cou, au pli de la cuisse, du jarret, du coude, entre les fesses, aux grandes lèvres, aux talons. Ils présentent un aspect caractéristique : bords élevés, durs, entourés d'une auréole rouge sale, rongeants, à fond sanieux, quelquefois saignant, avec une sécrétion purulente, verdâtre, formant des croûtes noires.

A la muqueuse olfactive, les ulcérations rongent la membrane de Schneider, gagnent les cartilages et les os minces et spongieux, cloison, cornets, ethmoïde, qui sont éliminés en parcelles au milieu d'une suppuration ichoreuse et fétide. Le nez, privé de sa charpente solide, s'affaisse vers sa racine. A l'arrière gorge, les ulcérations amènent la dysphagie, la perte plus ou moins complète de la voix.

Mais déjà la faiblesse, l'amaigrissement, la décrépitude sont portés au plus haut degré. L'enfant a perdu l'appétit, le calme et le sommeil. Il fait entendre un cri faible et court. Et la mort survient au milieu de l'épuisement le plus complet. Il est rare même que le mal embrasse tous ces symptômes et parvienne à cet extrême degré.

Toutefois, la maladie n'affecte pas fatalement ces caractères irrémissibles. Sous l'influence d'un traitement méthodique surtout, l'on voit parfois des enfants attaqués des symptômes les plus graves se guérir complétement. On en voit périr aussi, — disait Bertin, — un grand nombre d'autres qui ne présentent que des symptômes très-légers. Le cas le plus vulgaire est le suivant : « Un enfant, né dans de bonnes conditions apparentes, est pris, six semaines environ après sa naissance, d'un mal caractérisé par des plaques rapidement converties en ulcères aux fesses, autour de l'anus et dans les cuisses, ainsi qu'à la bouche ; par un écoulement purulent des narines, par des suppurations à la racine des ongles; il change et dépérit à vue d'œil, ses traits offrent bientôt l'image de la décrépitude ; en moins de trois mois il est mort (1). »

Il est certain que la gravité de ces symptômes peut être amoindrie par un traitement antérieur administré à la mère pendant la gestation, et que, si le mercure, employé à ce moment à doses intempestives ou élevées, provoque fréquemment la mort ou l'avortement du fœtus, son administration sage et réservée a, au contraire, pour résultat de prévenir cette fin, et d'atténuer ensuite le danger des manifestations morbides ultérieures.

§ 2. — Affections.

Les affections les plus communes de la syphilis congéniale sont les suivantes :

Plaques muqueuses. — Cette éruption présente ici quelques

(1) Tardieu, *Étude médico-légale sur les maladies accidentellement et involontairement produites par imprudence, négligence ou transmission contagieuse* (*Annales d'hygiène public et de médecine légale*), Paris, 1864, tome XXI, p. 117.

caractères originaux. Plus confluente auprès des orifices muqueux, elle occupe assez souvent toute la périphérie du corps. Sa lésion initiale est polymorphe. A l'état de développement, sa surface humide exhale un liquide roussâtre assez abondant, ichoreux ou muco-purulent, d'une odeur spéciale, qui se concrète; cette croûte granuleuse sombre en masque l'aspect. En outre, ces plaques ont une grande et prompte tendance à l'ulcération.

Roséole. — Elle est aussi rare dans la syphilis congéniale qu'elle est commune dans la forme confirmée, si l'on ne confond pas, bien entendu, avec cette éruption les taches exanthématiques, préludes ordinaires de toutes les lésions cutanées.

Il en est de même des éruptions *papuleuses* et *squameuses*, qui ne sont généralement autre chose que la lésion initiale éphémère des plaques ou des ulcérations. Néanmoins M. Cazenave a observé deux cas de syphilides cornées palmaire et plantaire; mais ces faits sont exceptionnels.

Les véritables *pustules* sont sous forme d'*impetigo* à la face, d'*acné* sur le torse, d'*ecthyma* sur les fesses et les cuisses. Elles n'existent point habituellement à l'état d'éruption unique; elles sont plutôt disséminées dans l'intervalle des plaques et sur les régions érythémateuses et luisantes de la peau.

Les *tubercules* cutanés ou muqueux se convertissent promptement en ulcérations serpigineuses et térébrantes.

Insolite dans la cachexie de la forme confirmée, le *pemphigus* est, au contraire, assez fréquent dans l'état cachectique congénial. L'origine syphilitique de cette éruption, niée par Osiander, Krauss, Gilibert, et de nos jours par M. Cazeaux, entrevue par Doublet et Bertin, a été admise par Wichmann, Yœrg, Dugès, Stoltz, et reconnue par MM. Mayr, Cazenave, Ricord, Cullerier, Diday, Hardy, Du-

boys, Gubler, Depaul. Les bulles pemphigoïdes se localisent à la paume des mains, à la plante des pieds et vers la partie inférieure des jambes, plus rarement sur les cuisses. Elles existent souvent avant la naissance. Cette affection annonce généralement l'imminence d'un dénouement funeste. Les petits malades ne tardent pas à succomber, même après la disparition du pemphigus.

L'*onyxis* est constitué à un premier degré par la coloration cuivrée avec desquamation de la peau, éruption plaqueminée ou pustuleuse autour des ongles; et dans un second degré par des fissures et des ulcérations au voisinage de la racine unguéale.

Le *coryza* peut être considéré comme l'une des affections les plus communes et les plus précoces de la syphilis congéniale. Il est aussi l'une des plus graves : d'abord, par l'obstacle qu'il apporte à la respiration, et surtout à la succion du mamelon, et ensuite par la désorganisation rapide qu'il entraîne dans les fosses nasales, dont les cartilages et les os ne tardent pas à être détruits; en outre, la lésion a une très-grande tendance à envahir d'avant en arrière le larynx et le pharynx. Atteints de cette redoutable affection, les petits malades succombent promptement.

L'*iritis* est peu commun chez les nouveau-nés.

Les affections *osseuses*, celles du moins qui sont le résultat d'une lésion directe, ont été très-rarement aperçues. Bertin a observé des périostoses; Rosen, la carie palatine; M. Cruveilhier, celle de l'orbite; M. Laborie, la carie tibiale, chez un nouveau-né atteint de pemphigus congénial; M. Bouchut (1), l'éburnation ou l'endurcissement prématuré des os longs.

Les affections *viscérales* se distinguent d'après l'ensemble

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 4e édit., 1862.

de leurs caractères, dans la syphilis congéniale, de celles qui sont propres à la forme confirmée : — par leur fréquence, — leur précocité, — la rapidité de leurs évolutions, — leur terminaison suppurative, — enfin, leur siége et leur nature anatomiques. Très-obscures pendant la fugitive existence des nouveau-nés, leurs manifestations se perdent, en quelque sorte, au milieu des phénomènes cachectiques, et ne laissent de trace particulière qu'à l'autopsie.

Enfin, à toutes ces lésions nous devons en ajouter une autre, rare sans doute, s'il faut en juger par le silence des auteurs, et n'appartenant pas exclusivement à la syphilis, mais qu'il importe aussi de reconnaître, pour les déductions que l'on en peut tirer. C'est *l'état purulent, multiple et disséminé.* Cette affection consiste dans de petits noyaux sous-cutanés, circonscrits, proéminents, durs, globuleux ; ordinairement du volume d'une aveline, d'une noix, et même davantage, ils apparaissent à la fois ou successivement en diverses régions du torse et des membres, se ramollissent promptement et s'abcèdent souvent sans aucune tension inflammatoire de la peau, et sans réaction fébrile de l'économie, dans les premières vingt-quatre heures de leur formation. Incisés, ils se vident d'un trait, donnant issue à de la sanie un peu ténue et grumeleuse. Ces foyers suppurés se multiplient en plus ou moins grand nombre. Ils ressemblent à ceux qui se produisent dans la convalescence des fièvres graves, typhoïdes, varioleuses, dans l'albuminurie scarlatineuse aiguë, le flux diabétique, etc., et ne sont pas sans quelque analogie avec certains dépôts farcineux.

Nous donnerons ici le simple résumé de deux faits appartenant à notre clientèle privée. Ils nous intéresseront d'ailleurs à divers titres.

OBSERVATION XXV. — Syphilis congéniale : *Plaques muqueuses,*

pustules, foyers pyogéniques multiples; guérison. Exemple de transmission par la mère seule.

L'enfant de madame X...(1), primipare, conçu au début de la période secondaire de la syphilis chez la mère, le père étant sain, vient à terme, après un travail laborieux; bien constitué, robuste; l'épiderme, les ongles et les cheveux à l'état normal; prenant bien le sein de sa mère, laquelle se réjouit, — après la maladie qui l'a affectée pendant les six premiers mois de sa gestation, — d'avoir donné le jour à un baby aussi bien formé. Je prévins toutefois cette dernière qu'elle n'est pas encore au bout de ses peines. Le *poil* se développe à l'une de ses mamelles et nécessite l'incision de quelques clapiers.

Le sein était à peine cicatrisé après deux mois et demi environ, lorsque l'enfant, qui n'avait cessé de téter du côté sain, amaigri, agité, poussant des cris plaintifs, est pris d'un érythème assez étendu autour de l'anus où il se développe de petites plaques confluentes; d'autres apparaissent disséminées sur le torse, le ventre et les membres. La face est parsemée de pustules impétigineuses avec fissures saignantes et croûteuses sur les lèvres; quelques pustules d'ecthyma naissent sur la poitrine, les fesses et les membres. Dès l'origine des accidents, je fais reprendre le traitement mercuriel à la mère qui continue de nourrir l'enfant, et donner à celui-ci le sublimé à l'intérieur (une cuill. à b. de liq. de Van-Swieten diluée dans 200 grammes d'eau, une cuill. à dessert de cette dernière solution, matin et et soir), et à l'extérieur, en bains (10 centigr. par bain). Néanmoins les plaques, très-humides et suintantes, s'ulcèrent en partie; il survient de nouvelles pustules ecthymateuses; l'amaigrissement, l'insomnie et les cris augmentent.

Dans la seconde quinzaine, les glandes du sein, tuméfiées chez l'enfant, quelques jours après la naissance, deviennent encore plus dures et volumineuses, et s'abcèdent à la fin. Les jours suivants, noyaux sous-cutanés, hémisphériques soulevant la peau en divers points de la poitrine par un relief circulaire bien dessiné; assez durs d'abord, mais devenant élastiques et fluctuants aussitôt après leur apparition. Je ne puis mieux les

(1) Voir l'observation XXIV.

comparer qu'à certaines tumeurs hématiques du cuir chevelu après la naissance. Le pus est un *magma* sanieux. Ces foyers vidés se cicatrisent sans peine.

De nouveaux foyers purulents sur le dos, le ventre, sur le cuir chevelu, semblables aux précédents, — de la 4e à la 6e semaine. — La peau est gercée, fendillée, en divers points; le visage terne et contracté, le corps rabougri. Il y a de la lienterie. (La dose de la solution est suspendue de moitié.) Peu ou point de sommeil; l'enfant tète peu, etc., etc.

Le père, alarmé, demande une consultation qui a lieu à Paris. Le médecin consultant, d'accord sur la nature des accidents, conseille de substituer à la médication maternelle l'usage du lait d'une chèvre soumise aux frictions mercurielles. — Ce dernier moyen, rencontrant quelques difficultés d'exécution au lieu de la résidence de l'enfant, n'est point employé. Rien n'est en conséquence changé au traitement indirect et externe.

Avant la fin du deuxième mois, les foyers purulents avaient cessé de se montrer, la diarrhée disparaissait, les ulcérations des fesses entraient dans la période de cicatrisation.

Deux mois et demi après le début, disparition de tous accidents et cessation du traitement. L'enfant avait repris un état de santé parfaite lorsqu'il a succombé en peu de jours à une hydrocéphale aiguë, quelques années plus tard.

Remarquons, en passant, que l'observation précédente — démontrant la transmission par la mère seule — peut être invoquée contre l'opinion accréditée par quelques syphilographes, d'après laquelle la contamination des ascendants au moment de la conception provoquerait l'apparition des accidents congéniaux pendant la vie intra-utérine.

Indépendamment de l'affection pyogénique, l'observation suivante nous montre non-seulement un exemple de rare transmission exclusivement due au père, mais encore un de ces cas où la syphilis simule jusqu'à certain point la morve aiguë.

OBSERVATION XXVI. — Syphilis congéniale : *Érythème, plaques,*

impétigo, coryza, foyers pyogéniques multiples ; mort. Exemple de transmission par le père seul.

Dans l'été de 185., M. Z..., chef d'un établissement industriel, attaché à ses fonctions assidues, restait seul à Paris, où il contractait une affection vénérienne, pendant que sa femme se livrait dans sa famille aux douceurs de la villégiature en une localité éloignée. Quelle était l'affection contractée par l'époux volage ? Dans sa défiance, il ne fit point appel à mes soins accoutumés ; mais j'ai su par ses aveux tardifs que c'était un chancre avec ses suites ordinaires pour lequel il suivit en secret un traitement. Il se tint coi jusqu'à ce que sa guérison lui permît d'aller passer auprès de sa femme quelques jours de vacances. Le résultat de cette visite devait être une augmentation de famille. Mère d'un premier enfant très-bien portant, l'épouse de M. Z..., à cette époque, devint enceinte. Cette dernière a toujours joui d'une constitution excellente ; son teint transparent, frais et vermeil, est le type de la fraîcheur et de la santé. — La grossesse n'offrit rien de remarquable. L'accouchement eut lieu à terme et s'opéra après quelques douleurs avec une rapidité insolite. L'enfant était bien constitué, assez fort, et prit le sein de la mère — très-bonne nourrice — avec plaisir.

Cependant, au bout de quinze jours, on remarqua qu'il était très-agité et qu'il tètait mal. Sa respiration devint enchiffrenée et bruyante. On accusa un rhume de cerveau. En même temps un érythème luisant et livide apparaît aux fesses et aux talons. Le visage prend une coloration mate, un peu livide et un aspect souffreteux. Frappé de ces signes, j'interroge le père qui avoue seulement une blennorrhagie contractée avant le mariage. Les symptômes se caractérisent pourtant de manière à ne laisser aucun doute : quelques élevures sombres et humides apparaissent dans la rainure interfessière et se disséminent plus discrètement en divers points de la peau.

Avant la fin du premier septenaire, le coryza devient fluent ; une sanie purulente coule abondamment des deux narines, autour desquelles il se forme des croûtes noirâtres ; d'autres croûtes jaunes, impétigineuses, s'étalent sur le visage et occupent les commissures labiales. Un engorgement globuleux, sous-dermique, auprès du genou, aboutit promptement à la suppuration.

L'enfant se refuse absolument à teter. Je déclare en confidence au père mes soupçons formels et l'urgence d'une consultation. Il la décline d'abord et s'en va, à mon insu, consulter le docteur X...., ancien médecin de l'hôpital des Enfants, qui déclare le nouveau-né atteint de scrofules. Telle est du moins la version rapportée à la mère qui s'empressa de me la confier. Sans motiver autrement à ses yeux mon opinion, je réclame l'assistance, si compétente à tous égards, de mon ancien maître le docteur Bazin. Au premier examen des symptômes, ce praticien éclairé confirme catégoriquement mon diagnostic devant le père qui avoue enfin sa faute et ses erreurs. Le traitement mercuriel interne et externe est prescrit ; mais l'enfant succombe peu de jours après, offrant les signes de plus en plus caractérisés du marasme syphilitique. Jusque au dernier moment de son agonie, la suppuration nasale a persisté avec abondance, les foyers pyogéniques se sont multipliés sur le tronc et les membres. L'un d'eux à la jambe, plus mal circonscrit que les autres, a présenté aussi de plus notables dimensions. L'humeur qu'ils contenaient consistait en un ichor séro-purulent, ténu, grumeleux et floconneux qui semblait sequestré dans une sorte de kyste.

Quant à la mère, elle n'a jamais eu par la suite, au moins que je sache, aucun symptôme de syphilis.

La syphilis congéniale est toujours très-grave, non à cause de l'âge du nouveau-né (ce dernier atteint de syphilis confirmée accidentelle guérit habituellement), mais à cause de la forme elle-même et des lésions qui lui sont propres. Parmi ces lésions, il en est qui marquent plus spécialement le degré de gravité de la maladie : ce sont surtout le pemphigus et le coryza. La mort est le dénoûment le plus fréquent, même à la suite d'un traitement méthodique et régulier : dénoûment trop facile à pressentir pendant la vie en présence des altérations qui minent si rapidement les forces des jeunes malades, et trop manifestement expliqué à l'autopsie par les lésions organiques profondes qu'il nous reste à constater.

§ 3. — Lésions.

Les lésions *viscérales*, — si rares et toujours si tardives dans la forme confirmée, — sont, au contraire, un des résultats ordinaires et généralement prématurés de la forme congéniale. Ces lésions diffèrent essentiellement des premières par leurs caractères anatomo-pathologiques.

Poumons. En 1837, M. le docteur Depaul a le premier signalé les altérations spéciales du tissu pulmonaire (1), qu'il a décrites plus complétement en 1851 (2). Il résulte des observations de l'auteur que, chez le fœtus atteint de syphilis congéniale, les poumons sont bosselés; l'air n'y pénètre que par points disséminés. Les points où il ne pénètre pas sont durs, non crépitants, violacés, ne surnagent pas, formés par un tissu compacte, jaune grisâtre, au centre desquels est creusée une cavité remplie d'un liquide jaunâtre, séro-purulent; les parois de ces différents foyers doivent leur couleur et leur densité à une véritable infiltration purulente. Ces lésions ont été observées coïncidemment avec des éruptions syphilitiques manifestes et isolément. M. Depaul conclut que la syphilis viscérale de l'enfant pendant la vie intra-utérine est une maladie beaucoup plus commune qu'on ne le pense généralement.

Thymus. M. le professeur P. Dubois, dans un mémoire (3) réservé et très-judicieux, étudiant les effets de la transmission syphilitique pendant la vie intra-utérine, a constaté — lorsque le fœtus infecté meurt dans le sein maternel,

(1) *Bulletins de la Soc. anat.*, 1837.

(2) *Mémoire sur une altération spéciale des poumons. — Bulletin de l'Acad. de méd.*, 29 avril 1859. Tome XVI, p. 753.

(3) Dubois, *Du diagnostic de la syphilis considérée comme cause probable de la mort du fœtus* (*Gaz. méd.*, 25 avril 1850).

sans présenter de désordres apparents — les suppurations du thymus à l'état d'infiltration, non de collection. MM. Depaul et Virchow ont retrouvé cette lésion. M. Desruelles a cependant relaté un cas de pemphygus syphilitique congénial avec collection purulente du thymus.

Foie. Les altérations de cet organe sont les plus fréquentes. M. Gubler (1) les a, le premier, étudiées avec soin. Dans un premier degré, la lésion peut passer inaperçue; le foie est peu développé, ferme, sans excessive dureté, d'une coloration jaune uniforme, avec une demi-transparence qui permet de distinguer les petits grains de semoule opaque plongés au milieu de la substance translucide. A un degré très-avancé, la coloration est uniformément celle d'une pierre à fusil, l'apparence des deux substances s'est évanouie; sur le fond jaunâtre, on distingue à peine un petit semis de grains analogues aux grains de semoule. L'organe est alors hypertrophié, globuleux, turgide, dur, difficile à entamer avec les doigts qui finissent par le déchirer, sans laisser aucune impression à sa surface, criant à l'incision sous le scalpel comme l'encéphaloïde cru. L'injection démontre l'oblitération capillaire des lobules indurés; et le microscope, comme lésion principale, des éléments fibro-plastiques à tous les degrés. M. Gubler a comparé cette lésion au sarcocèle et aux tumeurs gommeuses; et M. Diday à la transformation plastique du chancre.

L'affection hépatique congéniale a été observée, en outre, par MM. Trousseau, Hortcloup, Cullerier, Depaul, Lenoir, Lebert, Cazenave, Desruelles. Ces deux derniers observateurs l'ont retrouvée pendant la vie intra-utérine.

(1) Gubler, *Mém. sur une nouvelle affect. du foie, liée à la syph. héréd. chez les enfants du premier âge* (*Gaz. méd.*, 24 avril au 3 juin 1852).

Péritoine. Le docteur Simpson a constaté l'inflammation de cette membrane pendant la vie fœtale.

§ 4. — Indications curatives.

Les *indications curatives* de la forme congéniale sont assez complexes. Outre ce que nous avons dit relativement à la forme confirmée, ajoutons quelques remarques importantes.

Le mercure est le médicament d'ordinaire le plus universellement et le plus exclusivement adopté dans la syphilis congéniale. Mais que les praticiens méditent bien ces graves enseignements qui nous donnent la clef de tant de disputes encore pendantes, et nous indiquent la voie droite à suivre au milieu de tant d'écueils ! Le mercure n'est indiqué, dans la forme congéniale qu'en conséquence de l'analogie de ses propres effets avec ceux de la maladie. Comme la syphilis, il produit le détachement prématuré du fruit ou l'avortement, l'atrophie, les dégénérescences viscérales, l'érythème, les éruptions, les érosions, les fissures, les ulcérations plus ou moins étendues ou rebelles de la peau, les lésions osseuses. Employer ce poison violent à des doses plus ou moins élevées, répétées, *toxiques*, c'est exposer le fragile organisme des nouveau-nés aux plus malencontreuses chances de la médication. Ainsi s'expliquent surtout les divergences d'opinion des observateurs qui attribuent l'avortement, les uns à l'influence, les autres à l'omission du traitement préventif.

Plusieurs médecins, parmi lesquels MM. Huguier et Colson (1), ont accusé en effet le mercure de produire l'avortement, et ils ont craint, en l'administrant à la mère pen-

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 24.

dant la gestation, d'augmenter les chances de provocation à cet accident. Mais cette crainte, très-légitime en présence de doses pouvant déterminer des effets toxiques, n'a plus de raison d'être en présence de doses plus fractionnées, avec le soin de les éloigner encore, s'il le faut, au premier indice de fluxion gingivale. Dans ces conditions, les mercuriaux, loin de favoriser l'avortement, en combattront plutôt la disposition fâcheuse, et en même temps, ils auront pour effet, dans beaucoup de cas, d'atténuer la gravité des accidents chez le nouveau-né. « Si la syphilis est de date récente, — dit M. A. Guérin (1), — il faut administrer (à la mère, pendant la grossesse) les préparations mercurielles, mais non à doses élevées, *car elles sont dangereuses pour l'enfant.* A dose modérée ($0^{g},05$ de protoiodure de mercure, limite extrême), elles sont utiles... (2). »

De la même manière, après la naissance de l'enfant, — que la mère seule doit généralement allaiter lorsque la contamination vient de son chef, — à l'apparition des symptômes congéniaux, le traitement maternel doit être repris. Hippocrate (3) a émis une de ces sentences impérissables qui s'appliquent parfaitement aux indications qui nous occupent, en disant : *Lactantium cura tota in medicatione nutricum.* Aussi, beaucoup de syphilographes, Garnier, Astruc, Levret, Fabre, Rosen, Colombier, Faguer, Burton, Doublet, Bertin (4), Swediaur (5), et parmi nous MM. Bouchut, Bassereau, Diday, ont préconisé ce traitement indirect.

(1) Alph. Guérin. *Maladies des organes génitaux externes de la femme.* Paris, 1864, page 226 et 227,

(2) Cette dose est encore peu modérée dans ce cas.

(3) *Œuvres complètes*, trad. Littré,

(4) *Traité des mal. vén.* Paris, 1810, p. 184.

(5) *Traité des mal. vén.*, ch. IV, titre II.

Cependant M. Cullerier rejette ce traitement, parce que le lait d'une femme soumise à la médication mercurielle n'en contiendrait point une dose suffisante pour la guérison de l'enfant. Cet honorable chirurgien s'appuie sur les analyses de Berthollet, puis sur celles de MM. Reveil, Personne et Lutz, qui n'ont point trouvé le médicament dans le lait des nourrices (1). Ce n'est que dans les cas où la dose mercurielle ingérée, dans les expériences sur les animaux, a été très-élevée, qu'on a retrouvé le spécifique. Mais, dans ces expérimentations chimiques fort peu probantes, il en est une qui mérite plus d'attention : M. Personne, se plaçant dans les véritables conditions du problème, a analysé le lait d'une femme qui *prenait depuis deux mois* une dose peu élevée de protoiodure ($0^{gr},05$) par jour, et il a constaté la présence du spécifique. « Il est vrai, — dit M. Cullerier, — qu'il n'en a trouvé que des *proportions infinitésimales* (2). »

A cette fin de non-recevoir, M. Diday réplique très-justement : « Cette quantité *infinitésimale* doit-elle être appréciée quant à la puissance curative, à l'égal des sels que nous dissolvons dans notre laboratoire? Si, de plus, cette *molécule* suffit à le guérir (l'enfant), au nom de quelle science voudriez-vous comparer ses effets à ceux de la parcelle d'un sel que vous lui faites deux fois par jour avaler à contre-cœur sans même savoir s'il ne sera pas rejeté intact par les selles (3) ! »

M. Diday est ici dans la vérité. Il défend les faits contre les interprétations hypothétiques : c'est le rôle de l'observateur, le devoir du savant. Or, les faits connus ne laissent pas de doute sur l'efficacité de la médication indirecte du

(1) *Bull. de thérap.*, 1852, p. 427.
(2) *Bulletin de thérap.*, 1852. Tome LXII, p. 446.
(3) *Loc. cit.*, p. 384.

mercure par le lait de la mère. Swédiaur, en particulier, raconte que, dans une famille régnante de l'Europe, aucun enfant n'avait survécu un certain âge, avant l'application de ce traitement. Si la chimie ne retrouve pas toujours le mercure dans le lait, en ces circonstances, tant pis pour la chimie! Il faut constater seulement l'insuffisance de cette dernière devant l'évidence des faits cliniques. Et puis, cet atome mercuriel qu'elle ne sait point trouver aujourd'hui, elle le retrouvera probablement demain. Depuis les expériences entreprises par M. Cullerier, la méthode spectro-analytique de MM. Bünsen et Kirchkoff a fait son entrée dans la science; et, à voir ses premiers résultats, nul ne peut dire à quel degré d'atténuation infinitésimale ce procédé admirable poura permettre de constater la divisibilité infinie des minéraux.

M. Cullerier lui-même, reconnaissant, dans sa pratique, les inconvénients des mercuriaux donnés directement aux enfants, laisse entendre cet aveu : « J'ai vu les enfants être pris de vomissements opiniâtres, *après des doses très-légères*, et ce que j'ai toujours vu prédominer, c'est l'entérite *qui enlève la plupart des enfants traités de cette manière* (1). » Voilà le sagace observateur que la chimie avait un moment dévoyé.

Maintenant, le praticien intelligent conclura avec quelle réserve posologique il convient d'administrer directement les mercuriaux au nouveau-né, surtout le sublimé corrosif. Bertin ne prescrivait guère, au début du traitement, ce dernier qu'à la dose d'un douzième à un vingt-quatrième de grain ; Baumès, à celle d'un vingtième ou d'un trentième. Pour nous, la limite la plus élevée de ce médicament est

(1) *Bulletin de thérapeutique*, mai 1852.

une solution d'un milligramme dans 100 grammes d'eau distillée, — à prendre par dixième (la valeur d'une cuillerée à dessert) par jour ; et encore avons-nous soin de suspendre son emploi, — si le ballonnement du ventre, la diarrhée ou le plus simple vomissement viennent à se manifester, — pour nous en tenir au traitement indirect et tout au plus aux bains avec quelques décigrammes seulement du même sel mercuriel.

Quant à l'iode, il ne nous paraît guère indiqué que relativement au coryza. Mon collègue Deville a observé quatre enfants atteints de cette grave affection congéniale qui furent rapidement guéris par l'emploi direct de l'iodure de potassium.

Le chlorate de potasse a été essayé empiriquement, dans ces dernières années, et paraît mériter quelque crédit.

§ 5. — Pouvoir contagieux.

Identifiée complétement avec la forme confirmée, la syphilis congéniale devait éprouver les mêmes vicissitudes relativement à son pouvoir contagieux.

Depuis les premières époques historiques, l'observation avait démontré la transmission de la maladie aux nourrices saines par le nouveau-né infecté. Musa Brassavole distingue très-bien ce mode contagieux. Hunter en a cité des observations très-curieuses. Mais quelle étrange préoccupation de ce grand observateur aveuglé par l'esprit de système ! Ces faits éloquents qu'il a vus, dont il a été frappé et qu'il raconte si bien, il en méconnaît complétement la nature. Son génie s'applique à nier l'évidence. Cet enseignement ne doit point être perdu pour l'histoire de notre art. Les

franchises de la science doivent conserver le souvenir de cette lutte contre la vérité. Laissons parler Hunter :

OBSERVATION XXVII. — « Une dame accoucha le 30 septembre 1776. L'enfant étant faible, et la quantité de lait que renfermaient les seins de la mère étant très-abondante, on jugea à propos de faire teter cette dame par un enfant du voisinage, afin d'entretenir les seins dans une condition convenable. Il est à remarquer que cette dame donna le sein droit à son enfant, et le sein gauche à l'enfant étranger. Au bout de six semaines environ, le mamelon du sein gauche commença à s'enflammer, et les glandes de l'aisselle se tuméfièrent. Quelques jours après, il se forma autour du mamelon plusieurs petits ulcères qui, s'étendant rapidement, communiquèrent bientôt ensemble, et n'en formèrent plus qu'un ; à la fin, la totalité du mamelon fut détruite. La tumeur de l'aisselle se dissipa, et l'ulcère de la mamelle se cicatrisa dans l'espace d'environ trois mois, à partir de son début. Vers cette époque, l'enfant étranger avait la respiration courte ; il avait des aphthes dans la bouche, et il mourut de consomption, présentant plusieurs ulcères en diverses parties du corps. La malade se plaignit, dans le même temps, de douleurs lancinantes qui se faisaient sentir dans diverses régions, et auxquelles succéda, sur les bras, sur les jambes et sur les cuisses, une éruption de plaques dont plusieurs devinrent des ulcères.

« La malade fut alors soumise à un traitement mercuriel, et à l'usage de la salsepareille en décoction. On essaya le mercure sous des formes diverses : à l'intérieur, en solution et en pilules ; à l'extérieur, sous forme d'onguent. On ne put en continuer l'emploi qu'un petit nombre de jours chaque fois, car il produisait toujours de la fièvre, de la diarrhée et des douleurs intestinales très-vives. La malade resta dans ces conditions jusqu'au 16 mars 1779, époque à laquelle elle accoucha d'un autre enfant qui était dans un état morbide. Cet enfant fut confié aux soins d'une nourrice et vécut environ neuf semaines ; son épiderme se détachait dans plusieurs points, et une éruption squammeuse couvrait tout son corps.

« Peu de temps après la mort de l'enfant, la nourrice accusa de

la céphalalgie et de la douleur dans la gorge; des ulcérations se formèrent sur ses seins. Divers médicaments lui furent prescrits, mais elle se détermina à entrer dans un hôpital, où on la fit saliver, et dont elle fut renvoyée, au bout de quelques mois, sans être guérie. Les os du nez et du palais s'exfolièrent, et quelques mois après elle mourut dans un état de consomption.

« De tous les agents thérapeutiques qui furent employés par la dame elle-même, aucun n'eut d'aussi bons effets que les bains de mer. Vers le mois de mai, elle commença l'usage de la tisane de Lisbonne (1), qu'elle continua pendant environ un mois; et les ulcères, pansés avec le laudanum, se cicatrisèrent. En septembre 1780, elle fut délivrée d'un autre enfant, qui n'offrait aucune trace extérieure de maladie; mais cet enfant paraissait mal portant, et il mourut avant la fin du mois.

« Environ un an après cette époque, les ulcères s'ouvrirent de nouveau, et malgré les pansements mercuriels et l'usage de divers médicaments à l'intérieur, ils persistèrent pendant une année, mais ensuite ils se cicatrisèrent une dernière fois (2). »

Dans la seconde observation de l'illustre chirurgien anglais :

Une nourrice infectée par un premier nourrisson communique le mal à un second; ce dernier infecte en second lieu une nouvelle nourrice, — laquelle communique lamaladie à son propre enfant — et, en troisième lieu enfin, une dernière nourrice.

Hunter décrit pafaitement, d'ailleurs, les caractères des lésions transmises. Ainsi : « chez la (première) nourrice, l'*ulcère* du mamelon fut suivi d'une *éruption pustuleuse* sur tout le corps, d'un *bubon* de l'aisselle et d'une *ulcération profonde* de l'amygdale. Quelques-unes de ces pustules s'ac-

(1) Il existe plusieurs formules de la tisanne de Lisbonne. La salsepareille et le mezereum en formaient la base; on ajoutait quelquefois à ces substances le sulfure d'antimoine. (V. la *Pharmacopée universelle*, seconde édition, Paris, 1840, tome II, p. 426. Jourdan.)

(2) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne* traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, 3e édition, Paris 1859, page 785-786.

crurent rapidement et devinrent de *larges ulcères* qui se recouvrirent plus tard d'une croûte. La lésion initiale du mamelon amena la perte totale de cet organe. » L'auteur ajoute enfin, avec son ordinaire sagacité, que dans sa transmission successive « la maladie perdait beaucoup de sa force, car chaque infection nouvelle offrait un caractère moins malin que les précédentes. » Juste et profonde remarque de l'observateur. Mais quelle déplorable conclusion du fondateur de systèmes! « Ces cas, conclue-t-il, sont la meilleure preuve possible qu'il se forme chaque jour des *poisons* nouveaux qui ressemblent beaucoup, sous plusieurs rapports, *mais non sous tous*, au *poison vénérien.* »

Babington, son commentateur, n'a pas partagé cette opinion malheureuse.

B. Bell, surtout, a insisté sur la nature contagieuse de la maladie vénérienne des nouveau-nés, et sur sa gravité particulière. Il est intéressant de citer l'une des observations rapportées par cet excellent auteur pour justifier sa manière de voir.

Observation xxviii. — « Je fus appelé, il y a environ dix ans, pour examiner un enfant né depuis sept ou huit jours ; je le trouvai couvert d'une éruption qui me parut vénérienne ; elle en avait toutes les apparences. J'appris que les parents n'avaient eu encore qu'un enfant, qui était né avec une semblable éruption et qu'il en était mort. Je demandai, en conséquence, au père s'il n'avait aucun soupçon d'avoir été infecté de la syphilis; il me répondit qu'il avait eu des chancres et un ulcère vénérien à la gorge, environ six mois avant son mariage, et qu'ayant pris autant de mercure qu'on l'avait jugé nécessaire, ces symptômes s'étaient dissipés pendant le traitement, et qu'aucun n'ayant reparu depuis trois ans qu'il était marié, il ne pouvait s'imaginer que son enfant fût attaqué de cette maladie, sa femme surtout n'en ayant eu aucun symptôme. Néanmoins je ne doutai pas que l'enfant ne fût infecté ; j'annonçai, en consé-

quence, qu'il fallait lui administrer le mercure sur-le-champ, ainsi qu'au père et à la mère, pour mettre à l'abri d'un pareil accident les enfants qu'ils pourraient avoir par la suite, et pour détruire entièrement le virus dont ils étaient infectés. Le père ne balança pas à se faire traiter; mais il ne voulut jamais consentir que sa femme le fût, dans la crainte de lui donner des soupçons.

« Je fus obligé d'adopter cette mesure, tout imparfaite qu'elle était. L'enfant prit le calomel à petites doses, et le père subit, pendant six semaines, le traitement le plus complet, avec les frictions et les pilules mercurielles bleues. L'enfant guérit ; le père et la mère eurent depuis plusieurs enfants tous parfaitement sains. Une preuve malheureuse, mais très-décisive, dissipa tous les doutes qu'on aurait pu avoir sur la nature de l'éruption. L'enfant dont il s'agit avait eu deux nourrices qui furent infectées. La première étant extrêmement tourmentée par des ulcères qui lui étaient venus sur le bout des seins, et par des douleurs qu'elle ressentait dans l'une des mamelles, fut obligée d'abandonner la famille de l'enfant ; quoique prévenue de sa situation et de la nécessité de ne prendre aucun nourrisson avant la fin du traitement mercuriel qu'elle avait commencé, elle eut la folie d'allaiter son enfant qu'elle avait donné à une autre nourrice ; il fut aussi infecté au bout de quinze jours ou trois semaines, et mourut peu après, sa faiblesse ayant rendu inutiles tous les soins qu'on en prit. Les mamelons de la seconde nourrice s'ulcérèrent, et bientôt il se manifesta un ulcère vénérien dans la gorge, qui obligea de lui administrer le mercure (1). »

Le traducteur de l'auteur écossais, Bosquillon, a écrit en note ce passage remarquable : « La syphilis héréditaire se distingue toujours, par ses progrès rapides, de celle qui se gagne par les sources ordinaires ; l'enfant y succombe souvent au bout de peu de temps ; *elle se communique avec une facilité extrême* (2). »

(1) *Traité de la gonorrhée virulente et de la médecine vénérienne*, Paris, 1802.

(2) *Loc. cit.*, p. 620.

La réhabilitation de ces vérités devait subir une nouvelle éclipse. Malgré d'énergiques réclamations, l'école du Midi se prit à nier le pouvoir contagieux congénital. Cette erreur, il est vrai, ne descendit guère des hautes sphères de la science. Si décisive à l'égard de la tradition était, en France, l'impression populaire, que l'autorité même de M. Ricord resta sans écho dans la jurisprudence reçue. Le principe de la contagion congéniale ne fut jamais mis en doute par la justice. La sanction de la responsabilité légale ne s'égara point, — dans l'enceinte de nos tribunaux, — à la suite des erreurs que les prestiges d'un grand talent mettaient en crédit.

Dès l'année 1850, une légitime réaction se manifestait de toutes parts. M. de Castelnau relatait un fait judiciaire très-important qui venait de se produire devant le tribunal de Meaux. M. Bouchut (1) réunissait sept observations empruntées à Bouchacourt, MM. Egon, Rayer, ou constatées par lui-même. M. Cazenave publiait le fait d'un nourrisson infectant sa nourrice et un autre enfant qui à son tour transmettait la contagion à sa mère et à sa sœur. En 1852, M. Bardinet communiquait à l'Académie (2) une série d'observations établissant la contagion de la syphilis congéniale. MM. Caradec et Petrini recueillaient chacun un fait analogue. Les belles recherches de MM. Diday et Rollet surtout, les exemples disséminés présentés par MM. Doyon et Dron, Letorney, Puteg-nat, Junquet, Trousseau, Gabalda, Viennois, E. Vidal, Robert, Tardieu, etc., etc., ne laissent plus subsister l'ombre d'un doute aujourd'hui.

Maintenant, faut-il penser, avec M. Rollet, « que la syphi-

(1) *Traité prat. des mal. des nouveau-nés.* 4e édition, 1862.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1852, t. XVIII, p. 274 et 1074.

lis secondaire de l'adulte est aussi contagieuse que celle du nouveau-né, » et que la seule différence, sous ce rapport, consiste dans la difficulté de saisir la première sur le fait, tandis qu'il est si aisé de l'apercevoir sur le second? Ou bien, devons-nous admettre, avec M. Diday, un degré d'activité plus grand dans celle-ci que dans celle-là? Nous nous rangeons à l'opinion de ce dernier.

Pour nous, de la même manière que la syphilis confirmée se modifie, — par l'hérédité, — dans ses symptômes, ses lésions, sa marche, sa durée, sa gravité, etc., etc., elle se modifie également dans son pouvoir contagieux, qui n'est que l'un de ses caractères partiels dans la somme des précédents. L'évidence de ces caractères ressort non d'une théorie, mais des faits.

Transplanté dans un lieu sain, un nourrisson, porteur de la maladie, devient le plus souvent un véritable foyer de contagion épidémique. La nourrice, le mari, les enfants de cette dernière, dans leurs rapports réciproques, ne tardent pas à recevoir le mal insidieux. Il court, se propage, portant ses ravages, multipliant ses victimes à l'entour.

Les annales de la science sont remplies de faits de ce genre. L'un des plus curieux a été observé et rapporté, il y a plus d'un siècle, par un excellent praticien (1). Il a pour titre : *Sur un mal contagieux qui a beaucoup de rapports avec la maladie des nègres appelée* le Pian...

OBSERVATION XXIX. — Syphilis congénitale *transmise par un en-*

(1) *Observations de médecine où l'on trouve des remarques qui tendent à détruire le préjugé où l'on est sur l'emploi du lait dans la pulmonie*, etc., par M. Joseph Raulin, docteur en médecine et médecin ordinaire de la ville de Nérac, en la province de Guienne. Paris, 1754, p. 250.



fant à plusieurs nourrices et à un grand nombre d'autres nourrissons.

« La femme d'un commerçant de la ville de Nérac accoucha heureusement, au commencement du mois de novembre 1751. Elle donna son enfant à une nourrice qui le nourrit bien pendant six mois ; au bout desquels, cette nourrice étant malade, une de ses voisines donna cinq fois le sein à ce nourrisson, qui dès ce moment se trouva incommodé : il maigrissait à vue ; il lui sortit, en peu de jours, beaucoup de pustules aux cuisses.

« Les parents de cet enfant, le voyant déjà presque perdu, le retirèrent pour le donner à une autre nourrice. Cette dernière était à la campagne ; cela leur donna occasion de le garder quelques jours chez eux ; pendant ce temps-là, plusieurs femmes du quartier lui donnèrent le sein.

« Il paraissait déjà des pustules sur tout le corps de cet enfant ; les unes suppuraient, mais fort peu ; il en sortait une matière jaunâtre ; cette matière était farineuse, et les autres se recouvraient d'une espèce de croûte de la même couleur. Ces pustules se multiplièrent tellement, surtout en certaines parties, au visage, par exemple, à la bouche, etc., qu'elles y formaient des croûtes presque continues ; elles étaient corrosives ; certains os en furent découverts. Il y en avait au cou, aux deux côtés de la trachée-artère, qui percèrent dans l'intérieur, et l'enfant mourut. C'est là la relation que la dernière nourrice de cet enfant m'a faite.

« Pour moi, je n'ai pas vu des os découverts ni des ulcères profonds dans tous les malades que j'ai soignés.

« Toutes les nourrices qui avaient donné à teter à cet enfant s'aperçurent bientôt qu'elles avaient des pustules à leur sein, qui se répandirent ensuite dans tout le corps. Quelques-unes de ces pustules ne suppuraient pas ; celles-ci se dissipaient quelquefois d'elles-mêmes, d'autres suppuraient, mais très-peu, comme celles de l'enfant, et d'autres, enfin, se couvraient d'une espèce de croûte jaunâtre. Les enfants de ces nourrices furent en même temps infectés de la même maladie, avec les mêmes symptômes.

« On ne soupçonnait pas encore ce mal d'être contagieux ; un nombre de nouvelles nourrices donnèrent de leur lait à ces nouveaux malades, elles furent à leur tour bientôt gâtées, de même

que leurs enfants. Enfin cette fâcheuse maladie a déjà fait tant de progrès (c'est à la fin du mois de décembre 1752), qu'on connaît, sans compter quelques hommes, plus de quarante femmes ou enfants qui en ont été attaqués ou qui le sont encore, sans y comprendre tous ceux et celles en qui le mal ne s'est pas encore manifesté, et d'autres que la honte empêche d'avouer qu'ils en sont atteints, à cause que le public le regarde comme une maladie vénérienne.

« Il était déjà mort deux enfants de cette maladie, lorsqu'on m'appela pour voir une petite fille âgée de huit mois, presque toute couverte de pustules ; mais elle en avait aux cuisses, aux fesses et aux environs plus que partout ailleurs ; elle en avait encore l'intérieur de la bouche rempli. Cette enfant était extrêmement faible, abattue et amaigrie ; cependant elle n'avait pas de symptôme de fièvre. La mère, qui la nourrissait, avait le sein totalement gâté de pustules ; elle ne pouvait plus le lui donner, elle fut obligée de la sevrer ; elle en avait aussi en d'autres parties qui lui causaient, outre des douleurs inquiétantes, des démangeaisons continuelles.

« Je vis en même temps deux autres enfants et leurs nourrices dans le même état ; on m'assura, et j'ai reconnu ensuite par moi-même, que toutes les nourrices et tous les enfants infectés étaient comme les premiers que j'avais vus, avec plus ou moins de pustules les uns que les autres, selon les différents temps où la maladie s'était manifestée, et selon les différents progrès.

« Les pustules étaient généralement circulaires, dures et un peu calleuses ; celles qui étaient couvertes de leur peau restaient les mêmes ; mais celles qui se couvraient d'une espèce de croûte se consommaient en partie, et en certains endroits il ne paraissait qu'une espèce de croûte jaunâtre qui s'était formée de plusieurs pustules. Les enfants qui étaient dans cet état étaient comme mourants. »

J. Raulin ajoute qu'il traita les enfants par une pommade mercurielle qu'il faisait étendre sur des linges fins, et dont on recouvrait les parties ulcérées ; qu'au bout de trois jours on voyait déjà une amélioration : « On appliquait de ces linges, dit Raulin (p. 256), aux fesses, aux cuisses des enfants, et là où il y avait le plus de pustules : dans deux ou trois jours ils étaient soula-

gés ; peu à peu les pustules et les croûtes se dissipaient, et en quinze jours ils paraissaient guéris ; ils avaient déjà repris toute leur gaieté et leur embonpoint, ils se rétablissaient à vue. Les pustules et les croûtes des nourrices se dissipèrent aussi par le même moyen, mais il leur fallait un peu plus de temps (1). »

Pourquoi cette confusion de la syphilis congéniale avec l'affection pianique des Antilles? Nous en verrons plus loin les raisons. Il nous suffit de retenir ici l'impression particulière de l'observateur frappé par la contagiosité considérable des accidents.

M. Joly a fait, en 1853 (2), une relation en tout semblable :

Observation xxx. — Un enfant trouvé de Bruxelles fut placé à Alsemberg chez la femme Hauwaert. Elle prit, au bout de quelque temps, mal aux seins, et, comme ils s'engorgeaient, elle se fit teter par son fils, âgé de dix ans ; il y réussit si bien, que plusieurs autres femmes dans le cas d'utiliser son talent s'adressèrent à lui pour le même office. Plusieurs furent infectées de cette manière, entre autres la femme Demol, qui contracta des ulcères au sein ; nourrice elle-même, elle communiqua à son enfant, qui la tetait, des excoriations aux lèvres et dans la bouche. Comme elle ignorait la nature de ses ulcères, elle donna accidentellement le sein à l'enfant de sa sœur, la femme Deraw. Peu de temps après, celui-ci eut des chancres à la gorge et des pustules syphilitiques sur le corps ; sa mère eut également des chancres aux seins et à la gorge, et des pustules humides à la vulve et près de l'anus. Sa fille aînée, en portant à sa bouche la cuiller avec laquelle elle donnait de la bouillie à son jeune frère, s'infecta aussi et contracta des ulcères à la gorge. Le mari, en cohabitant avec sa femme, gagna des pustules plates et un chancre dans la gorge.

M. Seutin, passant dans cette commune et informé de l'affection qui en ravageait plusieurs habitants, soumit toutes les per-

(1) Ext. du Mémoire de M. Viennois, *loc. cit.*

(2) *Journal de Médecine de Bruxelles*, 1853.

sonnes infectées à une enquête sévère et minutieuse. Il en conclut que l'auteur ne pouvait être que le fils Hauwaert, victime, ainsi que sa mère, du nourrisson venant de l'hôpital. Effectivement le fils Hauwaert, ayant été examiné, fut trouvé porteur d'un vaste chancre induré à la gorge, et d'une perforation du palais, suite d'un ulcère rongeant.

M. Joly, après avoir fait cette relation, ajoute : « J'ai rapporté ce fait d'après les membres mêmes du conseil des hospices ; tout cela a été constaté par une enquête instituée par celui-ci. »

M. Rollet a rapporté cette dernière observation dans son mémoire de 1859 (1), et la précédente dans un nouveau travail, en 1861. Il sait mieux que nous que ce ne sont pas les seules. Dans tous ces cas, la transmission se fait avec une facilité désespérante à une série de personnes ; et, comme l'a exprimé M. Diday, la transmission du mal est prompte, étendue, presque fatale dès qu'un nourrisson est en jeu. Et qu'on le remarque bien, sous ces mêmes toits rustiques où le nouveau-né de la ville apporte le germe héréditaire contagieux, la syphilis vulgaire, acquise d'une façon ou d'une autre, se glisse à la sourdine plus d'une fois. Voit-on, dans ces cas, la contagion prendre les proportions d'une épidémie?

Ces plaques muqueuses, — disséminées et discrètes, source la plus active de la contagion secondaire chez l'adulte, — couvrent tout le corps de l'enfant. Sa bouche en est habituellement souillée. Elles exhalent en abondance le fluide qui sert de véhicule à la transmission. La marche aiguë des accidents, leur tendance à la suppuration, et leur évolution ulcérative, ajoutent encore à leur virulence : toutes conditions les plus aptes à multiplier les chances de l'infection, et à exalter son activité.

Colles a prétendu que, dans ces transmissions multipliées

(1) *Études cliniques sur le chancre*. Paris, 1859 (*Arch. gén.*, 1859).

du virus congénial, « les symptômes des différents individus se ressemblent exactement — ce qui n'a pas lieu dans la syphilis ordinaire des adultes. » — Il y a là une vérité et une erreur. La vérité est que les symptômes communiqués par le nourrisson conservent quelques-uns de leurs caractères propres. Mais c'est une erreur de penser que cette transmission se reproduit dans son originalité. Repris par l'inoculation naturelle, les accidents de provenance congéniale perdent de plus en plus, à chaque propagation successive, par cette sorte d'acclimatation nouvelle, leurs caractères originaux, suivant la remarque émise à d'autres points de vue par Hunter.

De là vient que l'activité de la contagion congéniale est non-seulement grande, mais très-ordinairement grave. Il n'est pas rare de trouver, à la suite, dans les nombreuses observations recueillies, des exemples d'accidents communiqués se prolongeant pendant des années, et cela sur de jeunes nourrices de la campagne, dans tout l'éclat de la santé, subissant parfois pour le présent, sinon toujours pour l'avenir, de déplorables atteintes.

De là, enfin, cette considération sociale justement importante qui nous montre dans la forme congéniale l'un des foyers les plus insidieux et les plus actifs où la contagion syphilitique, — ce fléau redouté des familles et des populations, — multiplie ses sources et retrempe son énergie.

Quelles sont, d'une manière générale, ses conditions et ses effets?

D'après Colles, Baumès, Égan, le sein de la *mère* (malade) qui donne à teter à l'enfant, encore que la bouche de ce dernier soit infectée, n'en reçoit aucune atteinte.

Chez une *nourrice étrangère et saine*, le fait seul de la suc-

cion répétée du mamelon ou du contact prolongé de la salive, opérés par le nourrisson malade, ne suffit point, si celui-ci ne porte une lésion aux lèvres ou à la bouche. M. Bardinet a cité des exemples frappants de nourrissage demeurant sans danger tant que la bouche du nourrisson est saine, devenant infectant dès que les accidents s'y manifestent, puis cessant de l'être lorsqu'elle a été guérie, bien que des lésions syphilitiques évidentes persistassent encore à ce moment sur d'autres parties de son corps (1).

Il faut donc encore ici, pour la formation du virus, une sphère d'activité propre dont les plaques muqueuses développées à la bouche du nouveau-né deviennent le foyer spécial dans ce cas.

C'est, en conséquence, le sein de la nourrice, — et particulièrement l'aréole ou le mamelon, — qui reçoit les premières atteintes et porte les premiers vestiges de la contamination. Après une incubation assez prolongée, la lésion mammaire débute par l'élargissement de la fissure ou de la crevasse préexistantes qui se creusent, ou par l'apparition de plaques rouges qui finissent par s'ulcérer. Il en résulte des ulcères grisâtres, à bords plus ou moins nettement découpés ou renversés, le plus souvent durs. Ce chancre mammaire, accompagné de l'induration poly-ganglionnaire de l'aisselle, persiste pendant plusieurs semaines jusqu'à l'invasion des phénomènes secondaires, qui retentissent seulement d'une manière consécutive sur la région genito-anale : — évolution bien différente dans la syphilis confirmée, de provenance vénérienne, où la localisation génito-anale, est, au contraire, surtout chez les femmes, habituellement la plus précoce. Or, c'est un caractère séméiotique

(1) D'après M. Diday, *loc. cit.*, p. 251.

très-précieux dans les constatations médico-legales, puisqu'il permet de discerner sur la nourrice seule la source des accidents ; à plus forte raison par la confrontation du nouveau-né qui présente, de son côté, une évolution inverse, c'est-à-dire, l'apparition habituelle de plaques muqueuses anales antérieurement à celles de la bouche lorsque la contamination de la nourrice résulte du fait de ce dernier.

A côté de ces exemples, très-communs et très-évidents, nous devons mentionner enfin, pour terminer, les cas plus exceptionnels et plus obscurs que l'on a rapportés au pouvoir contagieux des accidents congéniaux : nous voulons parler de la transmission opérée sur la mère par le fœtus contenu dans ses flancs.

M. Ricord a émis le premier cette assertion, en 1848. Elle devint l'objet d'un mémoire académique de M. Depaul, en 1851. Plus tard, elle a été appuyée par MM. Tyler, Smith, Laugier (de Vienne), Diday, Semanas, Melchior Robert. Ces derniers ont donné pour preuves des faits assez singuliers. Ces faits peuvent être rapportés à deux catégories.

Dans la première, il s'agit de femmes saines et bien portantes jusque-là, fécondées par des époux guéris en apparence d'accidents confirmés récents. Aucune trace de syphilis chez ces femmes pendant leur grossesse dont le dénoûment a lieu à terme, les enfants ne présentant pas d'ailleurs des traces de maladie. Puis, peu de jours ou de semaines après l'accouchement, accidents syphilitiques divers, mais toujours caractérisés : alopécie, céphalée, roséole, papules, squammes, gommes, amendés ou guéris par le traitement mercuriel ou ioduré. Et, chose remarquable ! les accouchements subséquents reproduisent quelques-uns de ces symptômes en leur communiquant plus d'activité.

Quant aux enfants, s'ils ne succombent pas après la naissance, on les voit rester chétifs et délicats ; et, à une époque plus ou moins éloignée, au moment du sevrage, par exemple, ils présentent quelques éruptions plus ou moins spéciales, et restent voués pour la suite de leur vie à certaines dispositions constitutionnelles.

Dans la seconde catégorie se groupent les faits analogues aux suivants : mariées à un homme syphilitique, — ce dernier paraissant bien guéri, — de jeunes personnes conservent les attributs de leur virginale santé jusqu'à leur première couche. « A partir de ce moment, — suivant M. Diday, — et quoique les suites de l'accouchement aient été heureuses, elles deviennent faibles, languissantes, s'étiolent, maigrissent. Elles avortent, ou engendrent des enfants vérolés. Chaque nouvelle grossesse empire leur fâcheuse situation. »

Il y a là des faits très-intéressants que l'on ne saurait récuser parce que l'explication en est insuffisante. On dit que, dans ce cas, le fœtus infecté exclusivement par le père communique la maladie à sa mère par le sang qu'il lui renvoie. Cette hypothèse nous paraît très-hasardée ; nous ne voulons pas y substituer d'autres conjectures. Avouons simplement notre ignorance. Quant aux faits, il convient d'en tenir grand compte ; ils servent, en outre, de transition à ceux qu'il nous reste à raconter.

FORME HÉRÉDITAIRE PROPREMENT DITE

Ce n'est plus dans les premières semaines qui suivent la naissance, mais plus ou moins longtemps après, le plus ordinairement à l'époque de la seconde dentition, surtout après la puberté, — suivant l'opinion de Friedlander, —

dans l'adolescence ou même chez les adultes, que se manifeste la forme véritablement héréditaire avec ses accidents organiques. Ces accidents, le plus ordinairement constatés par les auteurs, sont : des ulcères rongeants, serpigineux, l'esthyomène, les exostoses et les caries des os qui forment en particulier le squelette du palais et des fosses nasales, les tumeurs gommeuses, en un mot, la plupart des affections groupées pour la syphilis confirmée dans la période tertiaire.

Il est des cas où l'origine héréditaire de ces accidents ne saurait être mise en doute, lorsqu'ils éclatent à l'improviste sans autres symptômes préalables chez des jeunes filles de sept ans ou de onze ans, par exemple, — comme dans les faits observés par Rosen, MM. Cazenave, Trousseau, Spérino, et cités plus haut, — etc., etc. Sur les jeunes gens et les adultes, la provenance de pareils symptômes est toujours plus douteuse; mais la suspicion qu'elle soulève naturellement n'est point une raison pour faire contester, dans tous les cas, la légitimité héréditaire des accidents.

Ces affections de l'hérédité tardive ont généralement des signes qui permettent d'en reconnaître tôt ou tard la nature et d'en préciser les indications : tels sont le caractère des douleurs, le siége des caries osseuses, l'évolution des symptômes, l'absence de troubles constitutionnels dus à d'autres maladies, le bénéfice du traitement.

Mais, dans beaucoup de cas, il n'en est pas ainsi; les lésions organiques spéciales manquent; et, au contraire, l'on se trouve en face d'altérations constitutionnelles qui font plutôt accuser un principe morbide étranger : la scrofule, le rachitisme, le scorbut.

Ces derniers cas offrent à la pratique de grandes difficultés: préciser non-seulement la nature syphilitique, mais

encore l'origine héréditaire de certains symptômes, — en l'absence des signes habituels de la maladie, et sous ses métamorphoses étrangères, — alors que les ascendants ont disparu, ignorent la source des accidents ou ne conviennent pas de tels souvenirs, — c'est là une de ces éventualités qui reclament la plus merveilleuse sagacité de la part du praticien. Au milieu de ces obscurités, l'art seul fera jaillir des traits de lumière où la science hésite et trébuche encore à tous les pas.

Cependant l'observation n'est pas sans avoir recueilli là-dessus quelques indications utiles.

Ces enfants, atteints de dégénérescence syphilitique sans symptômes caractéristiques apparents, — suivant la remarque de Troncin, — sont maigres, toujours pâles, auront une dentition difficile, seront sujets au rachitisme, — suivant Campbell, aux convulsions. Ils ont surtout l'habitude scrofuleuse : *glandulæ axillares et inguinales tumebant et habitus scrofulosus sensim se confirmavit*, — dit Albers, — dans une de ses observations.

Cette habitude scrofuleuse, qui a frappé tant de médecins, Mahon, Bertin, Hufeland, Haase, Baumès, M. Ricord, est caractérisée, d'après les principaux traits suivants, par MM. Maisonneuve et Montanier : les enfants demeurent maigres, à cheveux rares ; leur teint est pâle ou terreux jusque à l'âge de cinq, dix, quinze ans. A cette époque, ils sont pris par une affection des os : cette affection *scrofuloïde* se distingue des lésions osseuses appartenant véritablement à la scrofule par des caractères propres : ainsi les os envahis sont plutôt les os du nez, le palais, le rocher; les douleurs sont plus vives et la suppuration plus rare ou moins accusée; les ganglions moins souvent affectés ; les ophthalmies, le coryza, l'otorrhée, constituent ses mani-

festations symptomatiques ordinaires ; enfin les préparations iodées ont une action décisive sur leur guérison.

Pour M. Diday : « les désordres ne se bornent pas, comme chez les scrofuleux purs, à des engorgements ganglionnaires, à des altérations osseuses, à des éruptions diverses. Ici, c'est l'ensemble de l'économie qui a été atteint. Le développement physique est lent ou imparfait... La dentition s'opère à travers mille orages... Des jetées presque incessantes sur les orifices muqueux, accompagnées d'engorgements glandulaires et de croûtes laiteuses, déflorent de bonne heure les grâces de la première enfance. Le rachitisme, les gibbosités s'ajoutent aux lésions caractéristiques du système osseux. Des convulsions ou quelques troubles plus sérieux de l'innervation se déclarent et reparaissent sans aucune cause appréciable. La face est ravagée par le lupus, le cuir chevelu par des éruptions chroniques; les maladies intercurrentes, même les plus étrangères à cet état, semblent lui emprunter un degré spécial d'opiniâtreté et de gravité (1). »

M. Hutchinson attache une grande importance à une certaine disposition des *dents incisives*, en vertu de laquelle les dents incisives médianes supérieures sont remarquables par leur petitesse, leur mauvaise couleur et des entailles verticales à leur bord libre.

Parmi les affections propres à cette forme héréditaire, l'observateur anglais que nous venons de nommer a fait connaître dans ces derniers temps plusieurs altérations importantes des organes des sens : la kératite interstitielle, la choroïdite, la rétinite, l'atrophie du nerf optique.

La *kératite interstitielle* « commence par une suffusion au centre de la cornée, sans ulcération ni apparence de

(1) *Loc. cit.*, p. 201.

congestion, puis l'œil est irritable, et, en l'espace de quelques semaines, toute la cornée, à l'exception d'une zone circonférentielle, devient opaque. On voit alors une certaine congestion scléroticale. Après un ou deux mois, l'autre œil se perd à son tour et subit les mêmes changements que son congénère. Il y a donc un moment où le malade est presque aveugle; puis l'œil primitivement attaqué commence à s'éclaircir. La transparence peut revenir à peu près complétement; mais le plus souvent il reste une tache au centre de la cornée; et dans certains cas moins heureux, cette cornée subit une altération plus profonde; elle prend une couleur rouge sombre et s'infiltre de vaisseaux (1). » — Voilà au moins une affection qui a des caractères propres et que le traitement spécifique modifie avantageusement. Il y a donc là une indication importante.

On n'en peut dire autant des autres affections oculaires, à part l'iritis, et, à plus forte raison, de certaines surdités dont l'histoire est encore fort obscure, surtout dans ses rapports avec l'hérédité syphilitique.

Rappelons, pour ne rien omettre, les affections qui ont été rapportées par les auteurs, d'après M. Diday, à la forme héréditaire : L'endurcissement du tissu cellulaire (Doublet), le rachitisme et le carreau (Astruc), certaines espèces de dartres (Bertin), l'insomnie opiniâtre (Pittschaft), les convulsions (Campbell), l'hémicéphalie et l'hydrocéphalie (Haase), les acidités, l'apoplexie, les vers (Lamauve), les hydrophisies du jeune âge (Levret).

Il est superflu de faire remarquer toutes les incertitudes et les lacunes qui existent encore dans la syphilographie sur ce terrain à peine exploré par la science. Si d'anciens

(1) Hutchinson, *Med. Tim and Gaz.* 1863.

observateurs, Sanchez, Vigarous, Rosen, sont tombés dans quelques exagérations évidentes à cet égard, les contemporains pèchent par un excès opposé. Les idées régnantes sur le virus ont concentré l'attention sur les symptômes de l'hérédité immédiate, et n'ont pas permis de reconnaître les suites de l'hérédité tardive. Il y a là un sujet très-intéressant de recherches. Nul doute, pour nous, que cette contagion, — devenue si fréquente dans les sociétés modernes, — ne joue un rôle utile à déterminer dans l'abâtardissement des familles et la dégénération des races, si généralement reconnus aujourd'hui.

Nous rapporterons, en terminant ce chapitre de la syphilis héréditaire, une observation dont le sujet se trouve en ce moment sous nos yeux. Quelque incomplète que soit cette histoire, et malgré les réserves que suscite son interprétation, il nous paraît utile de la rapporter ici.

Observation xxxi. — Syphilis héréditaire *frappant les descendants de la deuxième génération : Affections multiples d'apparence rachitique et scrofuleuse*; *carie des genoux, des os du nez, etc.*

Il y a six ans, dans une excursion de chasse au château de..... près Paris, je visitais la fille d'un garde, âgée de seize ans, et affligée, depuis l'époque de la seconde dentition, d'accidents graves qui ne lui permettaient pas de quitter le lit.

Issue d'un père et d'une mère d'une excellente constitution, offrant l'un et l'autre l'image de la santé la plus franche et la plus parfaite, cette jeune fille était leur seul enfant survivant de la même famille. Six autres avaient succombé en venant au monde, ou peu de temps après la naissance, à la suite de langueurs et de convulsions, et sans aucune cause connue. Cette dernière seule échappa à ces accidents. Sa première enfance n'offrit rien de particulier. Mais, à l'âge de sept ans, des douleurs très-vives se manifestèrent au voisinage des articulations du genou où des abcès ne tardèrent point à se faire jour. Le mal s'aggrava lentement, envahissant toute l'étendue de l'articulation;

plusieurs sequestres osseux furent éliminés. La maladie, regardée comme une tumeur blanche du genou, fut traitée, en conséquence, par les frictions, cataplasmes, sangsues, vésicatoires, cautères, et tous les médicaments dépuratifs en usage contre l'état scrofuleux. Ce fut, pendant neuf années, sans aucun succès.

A l'époque de ma première visite, les deux surfaces péri-articulaires du genou présentaient de vastes ulcérations livides, fongueuses et anfractueuses, au fond desquelles les éminences osseuses dessinaient leurs crêtes rugueuses et noirâtres, à demi détachées, baignées par une suppuration ichoreuse, fétide. Les douleurs extrêmement vives n'étaient point bornées aux parties affectées ; elles siégeaient encore dans la plupart des os longs des jambes, des cuisses et des bras ; habituelles et exacerbantes, privant la malade de repos et de sommeil. Tous ces os, d'ailleurs sans exception, présentaient à leurs extrémités un gonflement diffus, et, leur diaphyse, une incurvation plus ou moins notable ; les bras étaient doublement coudés en sens inverse dans leur longueur. La colonne vertébrale et la cage thoracique offraient la déformation rachitique. Les pieds, fortement fléchis par la rétraction tendineuse et renversés en dehors ne pouvaient porter sur leur face plantaire ; les métacarpiens avient une élongation singulière, ainsi que les orteils dont l'extrémité unguéale se terminait en appendice aigu et recourbé. La peau, surtout dans ces dernières régions, offrait une nuance sale, bistrée, couverte d'écailles. L'ensemble de ces caractères donnait aux extrémités inférieures en particulier une apparence hideuse. Au reste cette teinte empyreumatique de la peau se retrouvait, mais à un moindre degré, sur le reste du corps, qui était d'ailleurs fort amaigri... En ce moment, les parents, après l'insuccès constant des traitements ordinaires, venaient de recourir aux soins de M. le docteur Léon Simon fils.

J'eus l'occasion de revoir cette pauvre malade, à de rares et longs intervalles pendant les années suivantes, et de constater, à ma grande surprise, une amélioration progressive très-notable. Les ulcérations des genoux se cicatrisaient, l'amaigrissement était moindre, le teint plus animé ; les seins s'étaient dessinés, les règles avaient pris leur cours. Je suivais les résultats obtenus par mon confrère M. Léon Simon, que la mère de la malade

allait toujours consulter à Paris... Néanmoins le caractère des douleurs répandues dans les membres, augmentées par la pression des os, et s'exacerbant la nuit, l'exiguité de la suppuration, la chronicité interminable des divers symptômes, l'absence de tout trait caractéristique de la scrofule, me laissaient de vagues impressions sur la nature des accidents.

Il y a vingt mois, les douleurs se concentrèrent vers les fosses nasales. La racine du nez offrit bientôt de l'empâtement, un érysipèle survint qui envahit la face et le cuir chevelu, et toute la partie solide du nez s'affaissa presque aussitôt. Pendant plusieurs mois, des détritus osseux et cartilagineux furent éliminés au milieu d'une sanie infecte. A la suite de cette secousse, tous les autres symptômes reparurent à l'état de recrudescence; les caries osseuses ont fait de nouveaux progrès, les ulcérations se sont élargies, l'état hectique s'est aggravé.

L'accident survenu aux os du nez, que j'avais constaté dans l'une de mes rares visites, fortifiait singulièrement mes doutes augmentés encore par la disposition particulière des dents et surtout des incisives, lorsque, ayant eu l'occasion de rencontrer la grand-mère de la malade auprès du lit de cette dernière, je fus frappé du nasonnement de sa voix. Je demandai à inspecter la gorge. Jamais altérations tertiaires plus caractéristiques : — le palais, le voile, les piliers entièrement détruits; large communication des cavités buccale et nasale, coutures cicatricielles du pharynx, etc., etc. — Voici ce que j'appris : Cette femme, depuis longtemps veuve aujourd'hui, jusque-là bien portante et occupée aux travaux journaliers de la campagne, n'avait point tardé à devenir malade après son mariage, mais elle ignore complétement encore la nature et l'origine de son mal. Elle éprouva d'abord quelques accidents vers la peau ; mais elle ressentit surtout une violente angine qui persista longtemps et qui se termina par la destruction du palais. Elle a suivi, pendant plusieurs années, divers traitements composés de pilules, de tisanes et d'une liqueur qui paraît être la solution de Van-Swieten. Le médecin de la campagne qui la soignait à cette époque est mort depuis. Guérie enfin, elle n'a plus éprouvé le moindre accident. De son mariage sont nés trois enfants qui ont toujours été bien portants. Sa fille aînée, mère de notre malade, n'a jamais eu d'in-

disposition sérieuse, mais, comme nous l'avons dit, ses six premiers enfants sont tous morts peu de temps après la naissance. L'on vient de voir dans quel état est la septième depuis quinze ans.

Résumant ces antécédents de famille, — et particulièrement du côté de la jeune malade, le caractère seméiotique des lésions des genoux, des dégénérescences osseuses, de la coloration de la peau, de la multiplicité des ostéodynies, de la carie des fosses nasales, de la disposition des os incisifs, — il ne pouvait me rester de doute sur la nature syphilitique et l'origine héréditaire des accidents.

Je me hâtai de faire part de cette découverte à M. Léon Simon qui, après avoir effectué le voyage, et, tout bien examiné, voulut bien me faire parvenir son témoignage que je suis heureux de produire dans une circonstance où je sens le besoin d'un contrôle rigoureux. « Je me suis empressé, — nous écrivait notre confrère, — d'examiner la gorge de la grand'mère, et j'ai été stupéfait de l'étendue des désordres. Il est évident pour moi qu'il y a un lien héréditaire positif entre la petite-fille et la grand'mère. Or, je ne pense pas plus que vous qu'un autre virus que celui de la syphilis ait pu mettre le palais et la gorge dans un pareil état. »

Ce lien est, en effet, bien évident. Ce qui l'est moins, c'est l'intégrité de la première génération engendrée sous l'influence de cette contamination syphilitique irrécusable, mais aussi sous l'influence du traitement suivi par l'ascendant appréhendé par le mal. Peut-être ce traitement a-t-il eu pour effet de détourner des premières têtes le péril imminent qui est devenu ensuite, — pour tous les rejetons de l'une des branches de cette famille, — la source d'altérations si graves et de dégénérescences constitutionnelles si multipliées.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation de ce fait, nous l'avons produit avec réserves. Mais encore, si l'observation ultérieure en confirme les données, peut-il devenir le point



de départ d'une conquête nouvelle pour la science à peine sur le seuil de cette grande et intéressante question.

CHAPITRE VI

SYPHILIS ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES

Sous cette dénomination, il est nécessaire de comprendre et de rattacher à la maladie qui nous occupe la forme dite *épidémique* du quinzième siècle et certaines *endémies* contagieuses, disséminées dans le temps et dans l'espace, ayant, — par leur mode de transmission, leurs caractères, leurs évolutions, l'unicité ordinaire de leur développement, leurs indications thérapeutiques, — la similitude la plus grande avec la syphilis confirmée acquise et surtout avec la forme congéniale aiguë en particulier.

Cette revue rétrospective ne saurait être indifférente aujourd'hui, quoique la plupart des syphilographes ne s'en inquiètent point. L'histoire naturelle de la syphilis embrasse tous ses types. Son étude philosophique en compare tous les rapports. Sa constitution médicale se fonde également sur toutes les manifestations qui la constituent dans le passé comme dans le présent. C'est en poursuivant l'étude de ses variétés compatibles avec l'immanence de ses traits essentiels, qu'il nous sera plus facile de dégager le plan général de la maladie de ce rapprochement.

§ 1. — Forme épidémique du XV[e] siècle.

Fracastor a peint très-fidèlement la maladie à l'époque de son invasion dans le midi de l'Europe, à la fin du quinzième

siècle. Il en faut rapporter l'esquisse d'après la description du célèbre observateur de Vérone.

« Le mal, lorsqu'il commença à se faire sentir parmi nous, se manifestait par ces accidents : les malades étaient tristes, las et abattus ; ils avaient le visage pâle. Il venait à la plupart des chancres aux parties honteuses... Il s'élevait ensuite sur la peau des pustules avec croûte... qui, d'abord petites, augmentaient jusqu'à acquérir la grosseur et la forme d'une coque de gland dont elles avaient la figure ; d'ailleurs assez semblables aux croûtes de lait des enfants, tantôt sèches et petites, tantôt grosses et humides; pâles chez les uns, dures et rougeâtres chez les autres ; elles s'ouvraient toujours au bout de quelques jours et rendaient continuellement une quantité incroyable d'une liqueur puante et vilaine. Dès qu'elles étaient ouvertes, c'était autant de vrais ulcères phagédéniques qui consumaient non-seulement les chairs, mais même les os. Ceux dont les parties supérieures étaient attaquées avaient des fluxions malignes, qui rongeaient tantôt le palais, tantôt la trachée-artère, tantôt le gosier, tantôt les amygdales. Quelques-uns perdaient les lèvres, d'autres le nez, d'autres les yeux, d'autres toutes les parties honteuses. Il venait à un grand nombre dans les membres des tumeurs gommeuses qui les défiguraient et qui étaient souvent de la grosseur d'un œuf ou d'un petit pain. Quand elles s'ouvraient, il en sortait une liqueur blanche et mucilagineuse. Elles attaquaient principalement les bras et les jambes ; quelquefois elles s'ulcéraient ; d'autres fois elles demeuraient calleuses jusqu'à la mort. Mais, comme si cela n'eût pas suffi, il survenait encore dans les membres, auprès des articulations, de grandes douleurs nocturnes, souvent en même temps que les pustules, quelquefois plus tôt et d'autres fois plus tard. Ces douleurs, qui étaient longues et insupportables, se faisaient sentir principalement dans la nuit.... Quelques-uns néanmoins avaient des pustules sans douleurs, d'autres des douleurs sans pustules, la plupart avaient des pustules et des douleurs. Cependant tous les membres étaient dans un état de langueur, les malades étaient maigres et défaits, sans appétit, ne dormaient point, étaient toujours tristes et de mauvaise humeur, et voulaient toujours



demeurer couchés. Le visage et les jambes leur enflaient. Une petite fièvre se mettait quelquefois de la partie, mais rarement. Quelques-uns souffraient de douleurs de tête, mais des douleurs longues et qui ne cédaient à aucun remède. »

Il serait aussi fastidieux qu'inutile de faire intervenir ici la somme des documents historiques rapportés par les médecins contemporains de l'épidémie, documents très-diffus, empêtrés de conjectures, noyés dans les dissertations galéniques. Pour ne point s'égarer dans ce dédale, il faut s'en tenir à la simple analyse des caractères spéciaux à la syphilis, dans les premiers temps de son apparition, appuyés sur quelques témoignages suffisants (1).

Éruption. — Le caractère le plus saillant de la maladie à son origine était l'éruption générale et copieuse des pustules et des excroissances dont tous les témoins, sans exception, font un tableau qui ne saurait être exagéré.

Philippe Béroald — qui l'observa — dit qu'elle « était caractérisée par des taches saillantes et énormes, par des pustules qui donnent à la face et au corps un aspect hideux. »

Suivant Alexandre Bénédict, « cette maladie, venue de l'Occident par une maligne influence des astres, surpasse en horreur par son aspect affreux, par ses douleurs nocturnes, la lèpre, l'éléphantiasis et toutes les autres maladies... »

Ulrich van Hutten, qui en fut affligé, dit : « Elle était accompagnée de pustules de la forme et de la grandeur d'un gland de chêne qui étaient dures et proéminentes. » Aussi, dès les premiers temps, les médecins regardaient l'éruption nouvelle comme une dégénérescence de la lèpre, l'éléphantiasis, la mentagre, ou la trouvaient analogue au *Saphati*, c'est-à-dire à la lèpre noire.

(1) Voir surtout la collection de Luysini et Astruc, pour la plupart des citations à la suite.

Suivant Gaspard Torella, la maladie consistait principalement dans les ulcérations de la peau et des pustules.

Grecus Pockius avait déjà fait la même observation et figuré ces pustules dans deux gravures de son ouvrage (1496).

Sabellicus, qui fut atteint de cette maladie (1496), dit que « le corps était infecté de pustules qui, dégénérant en ulcères malins, le défiguraient excessivement. »

Marcel, de Côme, chirurgien dans l'armée napolitaine, en 1494, décrit la syphilis comme une éruption, sous le nom de pustules ou de vésicules *épidémiques*. Ce caractère prédominant a servi, comme on sait, à son baptême, chez les diverses nations (1).

Les productions littéraires et satyriques du temps sont le reflet de cette impression; témoin, le poëme allégorique de Jean Lemaire (1528), de Paris :

Mais à la fin quand le venin fut meur
Il leur naissait de *gros boutons* sans fleur,
Si trez hideulz, si laits et si énormes,
Qu'on ne vit onc visaiges si difformes ;
N'onc ne receut si trez mortelle injure
Nature humaine en sa belle figure.
Au front, au col, au menton et au nez,
Onç, on ne vit tant de gens *boutonnez*.

Cette éruption générale, habituelle, note véritablement dominante à ce moment, était suivie d'ulcérations plus ou moins profondes, rongeantes et rebelles.

Douleurs. — Ce symptôme paraît avoir été également l'un

(1) Les termes de *grande vérole*, ou de *gorre*, en France; de *gross Blutter*, en Angleterre et en Allemagne; de *las buas*, en Espagne; de *claveau*, des Savoyards, désignent une éruption pustuleuse; de même que les mots *guagnara*, *hipas*, *taybat* et *ycas*, adoptés au rapport de Roderigue Diaz, de temps immémorial, par les habitants de Saint-Domingue, pour désigner cette maladie. (Bosquillon, in Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*. Paris, 1802, t. II, p. 4.)

des plus ordinaires et des plus accusés. Il s'accompagnait de torpeur et était suivi d'impotence.

Il faut citer, parmi les témoins qui furent en même temps ses victimes, les deux suivants :

Natalis Montésauro (1497) : *Hi dolores magis affligunt, nocte adveniente, et sentiuntur perinde ac si ossa frangantur et extendantur cum quadam difficultate movendi membra voluntariò.*

Joseph Grünbeck (1503) : « *Aliqui totis diebus et noctibus, omni somno abacto, caput dolent. Alii ineffabiles punctiones gravedinemque in scapulis sentiunt; cœteri in cubitis, genibus, vel crurum teretibus : postremi in istis omnibus simul. Hi nec stare, nec ingredi, nec quidcumque operis humani perficere possunt.*

Bércald mentionne « de vives douleurs aux articulations qui enlèvent le sommeil, consument lentement le corps et qu'aucun remède ne peut guérir. »

« La violence de ce mal, dit Baptiste Fulgose (1509), tourmentait cruellement les jointures des membres. »

Doloribus clamosis laborant, s'écriait J. Vigo.

Suivant Phrisius (1532) : « Les tourments et les maux qu'elle faisait souffrir étaient si grands, que tout le monde en était surpris. »

Ainsi ce symptôme était très-général et très-accentué.

Mutilations. — Le nombre, la fréquence, l'étendue des ulcérations sur les parties molles et des caries sur les parties osseuses, donnaient lieu à des mutilations considérables. Les uns avaient les lèvres rongées, le nez se détachait aux autres, l'œil abandonnait l'orbite à ceux-ci; ceux-là perdaient les organes de la génération. Nous citons le texte original de Fracastor : *Labia quibusdam consumpta sunt, quibusdam nasus, quibusdam oculi, aliis pudenda tota.*

Al. Bénédict témoigne des mêmes lésions. Il a *vu* des malades qui avaient perdu les yeux, le nez, les pieds et d'autres membres. Ces symptômes *amissio oculorum*, *pedum*, *vel manuum*, se retrouvent fréquemment notés dans les auteurs.

Cette affreuse maladie, selon l'historien François Guichardin, de Florence,—*publiant les malheurs dont il a été témoin et dont il a lui-même éprouvé une grande partie*, — cette maladie laissa plusieurs autres personnes entièrement défigurées, mutilées et sujettes à des douleurs presque continuelles.

Ainsi, « les *symptômes caractéristiques et constants* de la vérole ou maladie syphilitique quand elle se montra en Europe, vers la fin du quinzième siècle, étaient : 1° une éruption générale de pustules non suppurantes sur tout le corps; 2° des excroissances hideuses, de la grosseur d'un gland, sur toute la peau, mais principalement au visage, lesquelles se changeaient souvent en ulcères rongeants, avec un écoulement de matière ichoreuse et fétide et finissaient fréquemment par la perte des yeux, des mains et des pieds; 3° des tumeurs et douleurs violentes aux os, qui ne laissaient aux malades aucun repos pendant le jour et pendant la nuit; 4° une apathie, faiblesse ou affaiblissement universel du corps (1). »

Gravité. — Ce n'est pas seulement par l'ensemble des symptômes précédents, mais encore par sa persistance rebelle, malgré son acuité, que le mal nouveau fut redoutable. Sabellicus, cité plus haut, témoigne que « cette maladie durait plusieurs années et que les corps qui en étaient atteints ne pouvaient ni mourir ni se délivrer d'une sem-

(1) Swediaur, *loc. cit.*, t. I, p. 96.

blable contagion. Peu de gens en moururent, *eu égard au grand nombre des malades*, mais beaucoup moins de malades en guérirent. »

Dans ces premières années, ce n'étaient point les maléfices du mercure encore peu usité qui s'opposaient à la guérison ; de même, un peu plus tard, lorsque ce médicament commença d'être adopté par quelques médecins, il restait encore souvent inefficace contre la malignité des accidents. Ulrich van Hutten l'avait vainement essayé pour le compte de ses intérêts personnels, ainsi que beaucoup d'autres moyens, en particulier le gayac après l'importation par Oviedo de ce bois exotique, auquel il attribua pendant un temps sa guérison : ce qui ne l'empêcha pas de succomber misérablement quelques années après, semble-t-il, aux progrès du mal.

Gaspard Torella, cet observateur si consciencieux, fait très-catégoriquement et très-modestement cet aveu : « Cette affreuse maladie n'ayant encore été vue de personne de notre temps, c'est aussi par cette raison qu'on ne pouvait venir à bout de la guérir régulièrement, et comme il faut; quelque habile, expérimenté et âgé qu'on fût : ce qui donna lieu au vulgaire ignorant et entêté de décrier la médecine et de soutenir que c'était une science vaine ou imparfaite, puisque aucun médecin ne venait à bout de guérir ce mal (1). »

Cependant il ne laissait pas que de faire encore un assez grand nombre de victimes, « sans épargner ni âge, ni sexe, » au rapport de Guichardin. D'après un autre historien Jean de Bourdigné, «cette maladie a été cause de la mort de plusieurs grands personnages, lesquels ne surent jamais trouver remèdes... »

(1) Astruc, *loc. cit.*, t. I, p. 79.

Sébastien d'Aquilée : *Imo alias is morbus erat lethalis etiam citâ morte* (1).

Pierre Bembo : *Itaque multi diu vexati membrorum propè omnium doloribus, deformatique tuberculis et ulceribus vix agnoscerentur, miserabiliter interibant.*

Contagiosité. — Sans admettre avec beaucoup de témoins du quinzième siècle, médecins, historiens ou autres, que la contagion du mal nouveau fut à ce point subtile, qu'elle pouvait s'opérer par le seul intermédiaire de l'air, il est cependant très-licite de trouver dans cette véritable lèpre hérissant le corps de ses pustules et de ses excroissances et dans ces nombreux ulcères virulents, rongeant et mutilant diverses régions, les conditions les plus favorables, les plus multipliées et les plus étendues à la transmission médiate par les vêtements, les ustensiles, etc., etc., et, à plus forte raison, les plus fatales à la communication directe par le contact immédiat et momentané d'une partie du corps avec une personne souillée.

Il est certain que la débauche dut jouer un rôle considérable dans cette transmission, et ce rôle ne saurait être contesté en présence des témoignages qui se réunissent pour localiser dans beaucoup de cas sur « les parties honteuses » le point de départ et les premiers indices de la maladie. En effet, la plupart des observateurs s'accordent dans ce sentiment que ce mal a paru sur la terre « pour être un frein à l'impudicité sans borne des hommes, ou pour lui servir comme de fléau. » Mais, dans les premiers temps surtout, beaucoup d'innocents comptent parmi les coupables : *Et in primis visum est aliquibus quod omnes qui tali morbo laborant, per contagionem coitus infecti sic ægrotarunt. Sed hoc est contra*

(1) *Loc. cit.*, p. 5.

experimentum. Et, en preuve de l'expérience, Nicolas Massa rapprte l'exemple, — même en son temps, — de trois enfants contaminés qu'il a vus et guéris ; l'un de trois, l'autre de six, et une jeune fille de onze ans; et il dit : *Isti non sumpserunt lac infectum... neque coiverunt cum non sint potentes ad coitum* (1).

Gaspard Torella est très-explicite : *Etenim ut plurimum primo, inficiuntur pudibunda, demum cœtera membra, nam quod immediate tangitur a putrido putrefit. Si enim aliud membrum pustulam tangerit virulentam, aut sordidam, illud primo inficeretur, ut videtur in pueris lactantibus, in quibus prima infectio apparet in ore, aut in facie...* (2). »

Ainsi, le commerce vénérien, cause très-active de la transmission morbide, n'était pas à beaucoup près sa seule condition. La nature, le nombre et la durée des lésions éminemment contagieuses répandues sur le corps des victimes aidaient puissamment à la diffusion de la maladie par des voies plus multipliées.

Voilà ce qui seulement nous explique comment un seul malade pouvait transporter cette affection et la répandre dans toute sa famille, « sans qu'on pût savoir, dit Swédiaur (3), par quelle voie cela arrivait, aussi le mari pouvait la donner à sa femme, et le père à ses enfants sans s'en douter. » Les témoignages de Schellig, de Torella, de Montésauro, de Jean Bénédict, etc., etc., tous témoins oculaires, sont positifs et ne laissent pas de doute à ce sujet.

Ceci rend plus vraisemblable le grand nombre de victimes, puisque selon le dire de Sabellicus, « presque la vingtième partie des hommes éprouva les atteintes de ce mal, » et

(1) *Loc. cit.*, p. 42.
(2) *Loc. cit.*, p. 503.
(3) *Loc. cit.*, p. 76.

nous fait comprendre la rapidité de la propagation morbide dans les diverses contrées de l'Europe. En 1493, elle est à Barcelone, presque aussitôt à Naples ; l'année suivante, en Westphalie; en 1495, elle arrive en Prusse, en Poméranie, dans le Danemark. A la suite de l'armée française revenant d'Italie, elle pénètre en Provence en 1495. Vers le même temps, ces mêmes gens d'armes du roi, dit la *Chronique de Lyon*, apportent dans cette ville « une manière de maladie que aucuns appelaient la grand *gorre.* » Et tout aussitôt le mal est signalé à Paris...

C'est par là aussi que l'on peut rendre compte pourquoi ce ne sont pas seulement quelques cas plus ou moins obscurs qui signalent l'apparition du mal, mais dès les premiers moments, une explosion simultanée et véhémente de phénomènes morbides portant l'épouvante dans les populations et nécessitant les mesures sanitaires les plus rigoureuses des gouvernements. Aussi déjà, dès le principe (1496 et 1498), les arrêts du parlement de Paris portent, « que tous malades de la grosse vérole vuidassent incontinent hors la ville et s'en allassent, les estrangers èz lieux dont ils sont natifs, et les autres vuidassent hors la dite ville, sur peine de la hart. »

C'est ce caractère de contagiosité extrême qui légitime en grande partie le sentiment d'un fléau pestilentiel : *Scora pestilentialis, morbus pestiferus, pestis inguinaria.*

C'est enfin pourquoi l'on ne s'étonne plus si tant de personnes illustres par leur naissance ou leur rang, distinguées par leurs qualités, ou renommées par leurs vertus, victimes de la contagion, ne dissimulent nullement leur infortune et avouent publiquement un mal dont la provenance, dans beaucoup de cas, ne saurait être incriminée.

Confusions, méprises, supercheries, préjugés populaires sur quelques points, soit ! Mais, ceci accordé, reste toujours

sur les caractères généraux dont nous venons de parler, l'invincible témoignage de la conscience universelle que quelques critiques posthumes ne sauraient aisément effacer.

La maladie sévit avec rigueur et se répandit avec activité pendant les vingt premières années; puis elle déclina d'une façon si sensible pendant les vingt années qui suivirent, que la plupart des auteurs contemporains se crurent fondés à en prédire tôt ou tard l'extinction. Les témoignages abondent là-dessus dans Astruc. Nous rappellerons seulement les suivants :

Jérome Fracastor : « Quoique la contagion se soutienne encore maintenant (1546), elle paraît pourtant différente de ce qu'elle était au commencement. On voit, depuis environ vingt ans, moins de pustules et plus de tumeurs gommeuses, tout au contraire des premières années. Les pustules, lorsqu'il en paraît, sont plus sèches, et les douleurs, lorsqu'il en survient, sont plus cruelles... » Et, six ans après, le même auteur ajoute : « La maladie a encore changé considérablement. On ne voit maintenant des pustules que dans très-peu de malades, presque point de douleurs, ou des douleurs bien plus légères, mais beaucoup de tumeurs gommeuses, etc.... » De là, la conclusion « que la maladie était déjà dans la décrépitude, et que dans peu elle ne se communiquerait pas même par contagion, parce que le virus diminuait et s'affaiblissait de jour en jour. »

C'était d'ailleurs la conclusion de P. Maynard, qui avait supputé son extinction pour l'année 1584; de Bernardin Tomitano, déclarant « qu'elle tend à sa fin, et qu'ainsi, dans fort peu de temps, elle ne se communiquera plus, ni par le contact ni par le commerce vénérien; » et d'une foule d'autres médecins célèbres, partant tous de cette atténuation singulière pour pronostiquer tôt ou tard son extinction. Fernel, mieux

avisé, ne partageait pas cet espoir. Ce qu'il y a de certain, c'est que, après cette première phase historique de la maladie, l'ensemble de ses caractères et de ses évolutions naturelles ne subit plus d'autre changement sensible, à part les modifications dues à une médication plus éclairée et à une hygiène publique mieux entendue.

Nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de reproduire à la fin de ce chapitre, — en guise d'observation, — l'histoire lamentable d'un médecin célèbre, — racontée par lui-même, — Ulrich van Hutten, contemporain et victime de l'épidémie originelle :

«.... Les médecins m'avaient abandonné, les douleurs que j'éprouvais ne me laissaient de repos ni jour ni nuit : mon corps exhalait une odeur insupportable, ma vue inspirait de l'horreur à la plupart de ceux qui m'approchaient. Ce mal terrible n'était pas borné à une seule partie, d'abord il était fixé depuis plus de huit ans au pied gauche dont il ne m'était pas possible de me servir; la partie moyenne et antérieure de la jambe était couverte d'ulcères putrides; les chairs environnantes étaient enflammées, et j'y ressentais une douleur insupportable. Dès que l'un de ces ulcères guérissait, il en renaissait un autre, car j'en avais dans différents endroits, et l'on avait tenté en vain de les réduire à un seul. Au-dessus de ces ulcères s'élevait une tubérosité qu'on croyait formée par l'os même. Je ressentais sans cesse dans cette tubérosité une douleur pongitive des plus vives qui s'étendait au loin; il s'était de plus formé, immédiatement au-dessus du talon droit, une tumeur qui avait également la dureté de l'os, elle était la plus ancienne de toutes; elle s'était manifestée dès le commencement de la maladie : l'on avait tenté en vain de l'ouvrir par le fer, par le feu et par tous les caustiques possibles. Tantôt cette tumeur se gonflait extraordinairement et causait une douleur des plus cruelles, d'autres fois elle s'affaissait et me tourmentait moins. J'éprouvais du calme lorsque j'approchais le pied du feu... Quand j'appuyais sur le pied, la douleur devenait insupportable.

« La hanche et le genou de ce côté étaient en outre absolument privés de chaleur; la cuisse réduite à un état de maigreur extrême et les chairs consumées au point qu'il ne paraissait plus rester que la peau sur l'os. De plus, les deux articulations de la cuisse et du genou étaient si affaiblies, que pendant longtemps je ne pus me tenir debout qu'avec la plus grande peine... L'épaule gauche me faisait aussi une telle douleur, que je ne pouvais lever le bras, l'extrémité supérieure de l'omoplate était affaiblie et devenue calleuse : au milieu du muscle était une tumeur de la grosseur d'un œuf; toutes les autres parties du bras jusqu'à la main étaient réduites au dernier degré d'atrophie. Du côté droit, immédiatement au-dessus de la dernière côte, était un ulcère qui n'excitait pas à la vérité de douleur, mais qui rendait une quantité étonnante de pus de mauvaise qualité; il en coulait une sanie sale et dégoutante. Cet ulcère avait, comme les fistules, une entrée étroite, et l'intérieur formait une cavité considérable; au-dessus, il s'était engendré sur la côte même une tumeur qui paraissait osseuse; enfin toutes les humeurs qui se rendaient là me semblaient tirer leur origine de la partie supérieure et postérieure de la tête, le tact le plus léger excitait dans l'endroit d'où partait la fluxion, une douleur de tête aussi vive que si le crâne eût été percé, et je ne pouvais tourner le visage en arrière qu'avec le reste du corps. Tels étaient les maux dont j'étais accablé, lorsque j'eus recours au gayac, qui me procura tout à coup la guérison (1). »

Nous allons retrouver maintenant quelques vestiges disséminés de cette forme historique dans diverses contrées où la maladie s'est conservée plus ou moins longtemps, sous plusieurs de ses caractères originels, à l'état endémique.

(1) Bosquillon in Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*. Paris, 1802, t. II, p. 409. Ulrich van Hutten est né en 1488. Il gagna donc la maladie peu de temps après son importation en Europe. Comme nous l'avons déjà dit, sa guérison, qu'il attribua au gayac, ne paraît avoir été qu'une rémission dans son cours. Au bout de peu d'années, les accidents reparurent, et Conrad Gesner affirme positivement qu'il périt, à peine âgé de trente-six ans, à Ufenau, — île du lac de Zurich, où il s'était retiré, — des suites de la maladie vénérienne.

§ 2. — Formes endémiques.

Les modernes s'occupent encore moins des endémies syphilitiques (1). Dans le petit nombre de ceux qui en ont parlé, les uns ne paraissent pas avoir l'intention formelle et décidée de les fondre dans une même unité nosologique, se contentant d'en apercevoir quelques analogies avec la syphilis vulgaire; les autres ont cru trouver dans chaque type exotique une espèce distincte. Aussi l'on peut dire, avec M. le docteur Rollet, « que, s'ils ont pressenti la vérité, aucun d'eux ne l'a vue clairement, et surtout ne l'a rendue visible pour tout le monde. »

C'est à ce dernier médecin, si savant et si autorisé, que nous devons le premier travail d'ensemble méthodique et raisonné de la question. Et, sans partager toutes ses vues relativement à sa tentative d'annexion qui nous semble faire trop bon marché de certaines différences originales, propres à l'individualité et à l'autonomie naturelles de ces types exotiques, nous nous plaisons à reconnaître qu'il a parfaitement démontré au fond leur identité de nature et la nécessité de fondre ensemble ces entités réputées distinctes. Mais fondre n'est pas confondre; et c'est en cela que notre conclusion sera un peu différente de celle de notre distingué confrère de Lyon. Si, pour lui, ces affections variées ne sont point autre chose que la syphilis, c'est-à-dire la même forme confirmée que l'on voit parmi nous aujourd'hui, à notre compte, les différences qui les ont fait signaler comme des espèces indépendantes sont encore assez marquées pour légitimer leur classement, en tant que *formes endémiques*

(1) Melchior Robert, MM. Belhomme et Martin, Langlebert, n'en font aucune mention dans leurs traités récents.

particulières et distinctes dans l'histoire générale de la syphilis. En d'autres termes, leur identité de nature n'exclut pas la diversité de leurs modes : formule qui nous donne la clef de leurs différences et de leurs analogies, en même temps que la solution du problème controversé.

Toutefois, il y a une distinction préalable à établir sur ce sujet.

Plusieurs des états morbides, considérés par le célèbre auteur de l'*Histoire des maladies épidémiques*, Ozanam, et d'autres à la suite, comme autant d'endémo-épidémies spéciales, ne sont autre chose que des syphilis vulgaires, acquises, importées par un foyer accidentel de contagion, dans des localités où elles n'ont eu qu'un cours éphémère, et dont les symptômes ne présentent aucune originalité distincte.

De ce nombre sont principalement les prétendues endémo-épidémies suivantes :

1° *Le mal de Sainte-Euphémie.*

Au mois de mai 1727, une sage-femme du village de ce nom portait au doigt indicateur de la main droite une *pustule* qui subsista pendant quatre mois. Elle communiqua sa maladie à plus de cinquante femmes enceintes qu'elle explora ou accoucha. Chez ces dernières, comme chez la première, un chirurgien habile constata la présence d'ulcères et de pustules enflammées à la vulve. La surface du corps se couvrit de diverses éruptions pustuleuses ou tuberculeuses et d'ulcères fétides; plusieurs eurent des angines et perdirent leurs cheveux. La contagion se propagea aux enfants que ces mères allaitaient et aux maris. Personne ne mourut. L'on eut recours avec succès à l'usage interne du mercure, ou dans les cas rebelles, aux frictions avec des préparations dont ce médicament était la base (1).

On voit que le mal de Sainte-Euphémie ne se distingue

(1) Voir Jean Bayer, *Acta nat. cur.*, t. III; et Ozanam, *Histoire des malad. épidémiques*, 2e édition. Lyon, 1835.

en rien, par ses symptômes, sa gravité, son pouvoir de transmission, etc., de la syphilis vulgaire dont la contagion fut communiquée à un grand nombre de femmes en état de grossesse, c'est-à-dire dans la condition la plus favorable à la propagation la plus active de la maladie chez ces malheureuses mères et leurs enfants.

2° *Le pian de Nérac.* — Nous avons rapporté sa description (p. 353) et reconnu dans ses phénomènes la syphilis contagieuse aiguë des nouveau-nés.

Comme le doigt d'une sage-femme, comme la bouche d'un nouveau-né, la lancette du médecin, chargée d'un vaccin pris chez un enfant syphilitique, a été parfois le funeste point de départ des mêmes semblants d'explosion endémo-épidémique au milieu d'une localité restreinte. En quelques semaines, le mal et l'épouvante atteignent de nombreuses familles d'une même population. Mais ici, il ne s'agit nullement d'une influence véritablement endémique ou épidémique. La maladie importée et développée est uniquement la syphilis de forme confirmée, acquérant parfois, accidentellement par le fait de sa source, sur des groupes isolés, jusque-là plus ou moins indemnes, une gravité particulière, mais ne tardant pas à disparaître avec l'occasion qui en fut l'origine et le développement.

Il n'en est pas de même d'autres affections qui ont été ou qui sont encore véritablement endémiques dans certaines contrées de l'Afrique, de l'Amérique et même de l'Europe, et qui se distinguent de la syphilis ordinaire par quelques traits particuliers qui ne permettent pas de les confondre avec cette dernière. Je ne veux point dire qu'elles constituent chacune d'elles un type spécifique. Je crois, au contraire, d'après les caractères indiqués par les auteurs,

qu'elles peuvent se grouper, à beaucoup d'égards, sous une même forme originale; et, bien plus, qu'elles sont, sous plus d'un rapport, la reproduction, et, en quelque sorte, le témoignage éloigné de la syphilis épidémique ou originelle dont il a été plus haut question.

Nous mentionnerons donc, comme devant se rallier à ces formes endémiques, le *Pian,* le *mal de la baie Saint-Paul,* le *Sibbens,* le *Radezyge,* le *Sckerljevo* et leurs dérivés.

PIAN.

C'est le nom caraïbe d'une maladie endémique sur la côte occidentale de l'Afrique, dans la Nigritie, la Guinée, le Congo, la Sénégambie, et que l'on retrouve dans toutes les contrées où les nègres ont été transportés, aux Antilles, à Cuba, au Brésil. On la connaît aussi sous le nom de *Yaws,* nom africain qui veut dire framboise : d'où le terme de *framboesia,* créé par Sauvage, et usité par les nosologistes.

Cette affection a été l'objet d'un assez grand nombre de travaux de la part des médecins observant aux colonies. Nous citerons Mosely, Lœfler, Schilling, Thomson, Dazille, Chopitré de Saint-Vis, Levacher, Sigaud, Paulet. Comme les observations des médecins anglais, en Afrique, ne sont pas absolument semblables à celles des médecins français qui ont écrit aux Antilles et au Brésil, il n'est pas superflu d'examiner comparativement les rapports de ces deux catégories des témoins.

D'après les premiers, « le pian débute par un état de langueur, de faiblesse; des douleurs dans les articulations. Avant l'éruption, la peau est souvent couverte de poussière blanche, comme si elle avait été farinée. Quelques jours après, on aperçoit sur la peau, spécialement sur le front,

des taches semblables à des piqûres de puces ou à de petites papules. Ces élevures s'accroissent pendant six à dix jours, au bout desquels il se forme une croûte à leur sommet, au-dessous de laquelle existe du pus mal élaboré. La dimension des pustules augmente, et elles se couvrent de croûtes irrégulières, peu adhérentes. Un grand nombre de ces pustules acquièrent la dimension d'une pièce de 24 sous. Si on enlève cette croûte, on trouve un ulcère de mauvais caractère, comme gangreneux. L'aspect fongoïde ne se montre qu'à une époque indéterminée, tantôt un mois après l'apparition de l'éruption, quelquefois trois mois après... Ces éminences sont plus larges et plus nombreuses sur la face, les aines, les aisselles, à la marge de l'anus et aux grandes lèvres que sur les autres parties du corps. De nouvelles éruptions ont lieu dès que les premières commencent à se dessécher, et, à la suite de ces éruptions successives, le nombre des pustules pianiques devient quelquefois considérable. Si l'on en croit quelques auteurs, il existe toujours une pustule plus large, plus élevée que toutes les autres, plus difficile à guérir, qu'on désigne sous le nom de *mère pian*. On assure aussi que l'affection de la peau est quelquefois accompagnée de douleurs nocturnes, de gonflements des os, d'ulcères dans le pharynx, etc., etc. (1). »

Les observateurs français les plus récents sont MM. Sigaud et Paulet. Nous citerons d'autant plus volontiers leur témoignage, que leur opinion sur la nature de la maladie, — indépendante, à leurs yeux, de la syphilis, — doit être pour nous moins suspecte.

D'après M. Sigaud, qui a étudié la maladie au Brésil (2), il faudrait distinguer trois espèces de *boubas* ou de pian.

(1) Rollet, *loc. cit.*, p. 292.

(2) J. F. X. Sigaud, *du Climat et des maladies du Brésil*. Paris, 1844.



— Dans la première, un bouton contracté par l'acte génésique se développe sur les organes soumis à la contagion. Ce bouton ayant disparu graduellement, survient dans l'interstice des doigts, autour du calcanéum, à la plante des pieds, des fissures qui deviennent calleuses, attaquent les tendons, et les nerfs dont elles produisent la rétraction et l'atrophie : c'est le pian *humide*. — La seconde espèce consiste, à son origine, dans une pustule qui se recouvre de croûtes sèches, superposées, concentriques : c'est le pian *sec*. — Dans la troisième espèce, cette pustule est cristalline, d'une couleur variable du rouge clair au rouge foncé et présentant une desquammation prompte; elle se montre au visage, sur le tronc, provoquant l'engorgement des glandes du cou, des parotides, des douleurs articulaires, l'ophthalmie, etc., etc.; c'est le pian *cristallin*. « L'éruption se fait jour du premier au deuxième septenaire, après un coït impur, et est précédée du chancre vénérien aux parties génitales, suivi de l'engorgement des glandes inguinales; le chancre disparaît au moment de l'éruption, etc., etc. »

D'après M. P. Paulet (1), la période d'incubation varie de douze jours à neuf semaines. L'invasion est caractérisée par des symptômes généraux : douleurs articulaires, frisson, un peu de fièvre. Puis l'éruption se manifeste par des taches plus ou moins persistantes, d'un blanc mat ou d'un jaune clair, se transformant en boutons ou papules de dimension variable de la grosseur d'un grain de mil à une petite pomme. « A ce degré de développement commence leur période de suppuration, d'état ou de maturité, qui est interminable, pour laquelle huit, dix mois, des années suffisent à peine. Elles sont alors peu douloureuses, oblongues, irrégulièrement

(1) P. Paulet, *Mémoire sur le Yaws, Pian ou Framboesia*, *Arch. gén. de méd.*, août et oct. 1848.

globuleuses et circonscrites à leur base. Elles sécrètent un fluide jaune clair, gluant, qui se concrète avec facilité, dans lequel je n'ai pu découvrir, ni globulins ni animalcules : un fluide qui a l'aspect du sirop simple... »

Ces tumeurs pianiques, appelées pustules par M. Levacher, tubercules par M. P. Paulet, sont divisées en *gros pians* ou *pians blancs*, en *petits pians* et *pians rouges*. Les premiers, les plus volumineux, sont quelquefois aussi larges que la main et formés d'une chair fongueuse, moins développés dans les seconds, plus livides dans les troisièmes.

Plusieurs affections consécutives se rattachent à l'éruption pianique : les *guignes*, sortes de végétations de la paume des mains et de la plante des pieds ; les *crabes*, qui se distinguent des premières par leur forme particulière et le pus qu'elles contiennent; les *saonaonas*, callosités douloureuses des mêmes parties; le *mal aux os*, avec douleurs ostéocopes, exostoses, caries, etc., etc.

En Afrique, comme en Amérique, la durée du mal varie de six mois à un an. Elle peut atteindre plusieurs années.

La maladie ne se transmet que par contagion ou hérédité ; mais la contagion paraît énergique. Il est vrai qu'elle doit s'exercer activement sur une population parquée en commun dans d'étroits espaces, et livrée à une promiscuité presque continuelle. Il n'est pas établi, malgré quelques assertions contraires, que le mal puisse se gagner en dehors du contact immédiat ; toutefois, il est certain que la moindre communication avec ceux qui en sont atteints le provoque facilement en dehors de tout commerce vénérien. Les enfants de tout âge y sont très-exposés. Thomson (que nous citons d'après M. Rollet) rapporte qu'un certain nombre de nègres bien portants, ayant été transférés avec leurs enfants dans une ferme à sucre, et les enfants bien portants

ayant vécu et mangé avec ceux de la ferme, qui étaient atteints de pian, trois des premiers, sept semaines après, furent pris de fièvre et de douleurs, suivies d'une éruption générale ; les autres ne furent atteints que trois semaines plus tard (1). Le mal se transmet aussi par l'acte génésique, et, dit-on, par l'intermédiaire de certaines mouches qui abondent au Brésil.

Le pian s'inocule sur les sujets sains, fort aisément, c'est même une opération pratiquée de temps immémorial par les négresses sur leurs enfants, comme méthode préventive, — la maladie ne se développant généralement qu'une seule fois sur le même sujet dans le cours de la vie, et paraissant moins grave lorsqu'elle est ainsi inoculée. Ce n'est plus tout à fait, nous devons l'avouer, ce même but qui a guidé la lancette de quelques expérimentateurs.

Voici les inoculations pratiquées par Thomson (2) :

En 1819, la matière d'un ulcère, dont on détacha la croûte, fut inoculée à un enfant en cinq endroits différents. Trois piqûres guérirent ; les deux autres, pendant l'espace de trois semaines, ressemblaient à une égratignure véritable ; il s'y forma alors de petits ulcères qui s'accrurent jusqu'à ce qu'ils prissent un aspect comme gangreneux et déchiqueté. Sept semaines après, des papules parurent sur le front et bientôt sur tout le corps; le fongus se forma. Le malade eut une éruption abondante qui dura neuf mois. Les deux ulcères résultant des piqûres ont laissé des cicatrices profondes.

... Du pus variolique ayant été pris sur une négresse atteinte de pian, l'enfant auquel ce pus fut inoculé eut une variole bénigne, et, après sa guérison, fut pris du pian.

Le sang d'un nègre couvert de pian, inoculé à quatre enfants en cinq endroits différents, ne produisit pas cette maladie (3).

(1) *Loc. cit.*, p. 293.

(2) Thomson, *Edinb. med. and surj. Journ.*, t. XV, p. 321.

(3) Expérience conforme à la plupart de celles que nous avons rap-

Citons, pour compléter ce qui se rapporte à la contagion du pian, les expérimentations plus récentes de M. Paulet.

« Voulant savoir si la maladie est contagieuse et héréditaire, j'ai fait les expériences suivantes.

« J'ai pratiqué, à la partie interne de la cuisse de quatre sujets sains, avec une lancette trempée dans du fluide pianique, plusieurs piqûres. Elles n'ont donné naissance à aucun symptôme dans le lieu où l'instrument avait agi; mais, douze à vingt jours après, il s'était opéré sur le front, le menton, les bras et le ventre, une éruption caractéristique.

« Dans dix autres essais, l'affection a commencé à l'endroit piqué et s'est développée comme dans les cas précédents.

« J'ai renfermé, dans un lieu que personne n'approchait, douze enfants nés de parents malades. Les nourrices n'avaient point eu de pians, leur santé était remarquablement belle ; et cependant à trois, à quatre, à sept mois, ces enfants ont eu le pian ; et quelque temps après, dans l'espace de deux à six mois, les nourrices ont aussi été affectées.

« Pendant quelques minutes, deux jours de suite, j'ai fait des frictions sur la partie interne des bras de trois jeunes gens de dix-sept ans, en parfaite santé, avec un plumasseau imbibé de fluide, et au vingtième jour la transmission était manifeste.

« J'ai fait coucher de très-jeunes filles avec des jeunes filles malades, et dix fois dans l'espace d'une à cinq semaines, j'ai obtenu des tubercules caractérisés.

« Trente nègres adultes m'ont offert une belle éruption, vingt-cinq à cinquante jours après avoir eu des rapports avec des négresses que j'avais visitées au spéculum, et sur lesquelles j'avais constaté des tubercules au ventre, à la poitrine et à la partie interne des cuisses. Dans tous les cas, les organes génitaux ont été trouvés intacts ; tandis que, dans plus de deux cents autres cas, j'ai vu les tubercules apparaître indistinctement tantôt sur le corps, tantôt sur les parties externes des organes de la génération. »

portées relativement au faible pouvoir contagieux du sang dans la forme confirmée.

Suivant le même auteur, la matière pianique serait d'autant plus inoculable, que la suppuration est moins ancienne. Il a, d'ailleurs, comme M. Levacher, vainement tenté l'inoculation sur des nègres qui avaient été antérieurement atteints de la maladie. D'où l'inoculation préventive opérée par les mères négresses. Dans ce cas, la maladie moins grave peut rester bornée à la localité de l'insertion où elle guérit à l'aide de simples moyens topiques ; ou bien les pustules et les excroissances fongueuses, après plusieurs poussées successives, finissent par disparaître spontanément dans beaucoup de cas.

L'*hérédité* se développe chez les enfants nouveau-nés, surtout depuis l'âge de trois à cinq mois.

Le *traitement*, généralement adopté, surtout par les médecins français, consiste dans l'usage du mercure à l'intérieur et à l'extérieur, joint aux sudorifiques, gayac, salsepareille, etc., etc. A la Jamaïque, les médecins anglais usent plus spécialement de ces dernières décoctions, ou même abandonnent le mal à la nature. Thomson affirme que, si le mercure dissipe parfois les symptômes de la maladie dans l'espace d'un mois, on ne tarde pas à les voir reparaître avec une plus grande intensité. Enfin, dans d'autres cas, le mercure lui-même ne suffit pas, et il faut employer le soufre ou l'antimoine pour avoir raison des accidents, et surtout de la dernière poussée qui consiste dans la grosse pustule ulcérée, chronique, indolente que les naturels nomment *mama-pian* ou *mama-yaws*.

Ainsi, pour le pian, si les symptômes, les modes contagieux et héréditaire, l'unicité, la marche, la durée des accidents, les moyens curatifs, offrent une évidente similitude avec ce que l'on observe de la syphilis confirmée d'Europe,

il y a cependant, — dans la physionomie de l'éruption et des excroissances, qui rappelle celles de l'épidémie du quinzième siècle, dans la succession des symptômes, dans le degré d'activité de sa transmission par le simple contact de l'affection cutanée, — certaines différences originales que l'on ne peut méconnaître sans dénaturer entièrement l'histoire de la maladie.

LE SIBBENS.

Nommé aussi *Siwin*. Le terme de *siwin*, en langue celtique, désigne le nom du framboisier sauvage auquel l'on compare les excroissances spongieuses qui caractérisent la maladie, comme dans le pian.

Endémique dans les montagnes de l'Écosse, surtout dans les provinces d'Airshire, de Dumfries et de Galloway, elle ne paraît être qu'une importation du pian. C'est ce que laissent présumer — le nom de *Yaws*, sous lequel elle est connue parmi les Écossais, — son mode de propagation et l'ensemble de ses caractères organiques.

Elle a été décrite d'abord par Gilchrist, de Dumfries, puis par B. Bell — qui a eu également de fréquentes occasions de l'observer, et qui en a donné une excellente description, — par Swédiaur, Wils etc., etc.

La maladie a commencé à se manifester, ou du moins à être connue, vers le dix-septième siècle; d'autres prétendent qu'elle fut apportée, en Écosse, par l'armée de Cromwell. Elle se communique très-aisément par le contact direct, ou par l'usage des verres ou autres ustensiles de ménage, par les lèvres, les mamelons des nourrices, par le lait même et l'hérédité.

Suivant B. Bell, il est rare que la maladie affecte primiti-

vement, sous une forme quelconque, les organes de la génération, « ce dont il est aisé de rendre raison d'après la manière dont elle se communique le plus communément (1)... Je l'ai observée, dit-il un peu plus loin (2), — sur toutes les parties du corps, et sous toutes les formes (lésions) ordinaires à la syphilis, excepté sous celle de chancres sur les organes de la génération. » Cependant il ajoute, en parlant des bubons : « Non-seulement il survient quelquefois des bubons dans la sibbens à la suite des ulcères primitifs de la maladie, car j'en ai rencontré plusieurs fois dans l'aisselle à la suite des ulcères du mamelon chez des nourrices qui allaitaient des enfants infectés, mais les ulcères même qui paraissaient sur la verge et sur les autres organes de la génération, quand le virus a pénétré dans le système, produisent également des bubons (3)... » Il est probable que ces ulcères et ces bubons « qui paraissent quand le virus a pénétré dans le système, » ne sont guère autre chose que des chancres et des bubons chancreux. D'après Swédiaur, la tranmission par l'acte vénérien serait beaucoup plus fréquente ; et M. Wils, qui a vu aussi le sibbens se transmettre par cette voie, a noté qu'alors les organes génitaux sont le siége d'excroissances qu'il trouve très-analogues aux condylomes vénériens (4).

Lorsque la contamination s'opère à la bouche par l'usage des cuillers, verres etc., etc., souillés, il survient une rougeur érysipélateuse avec dysphagie et enrouement; puis des ulcérations promptement envahissantes qui détruisent plus

(1) B. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, traduit sur la deuxième édition anglaise par Bosquillon. Paris, 1802, tome II, p. 626.

(2) P. 630.

(3) *Id.* p. 631.

(4) *Med. Tim.*, t. X, p. 189; et Rollet, *loc. cit.*, p. 150.

ou moins complétement la luette, le voile, les amygdales, mettent à nu et carient l'os du palais, ainsi que les os turbinés, quelquefois les pommettes, et s'étendent à une partie du visage.

Communiqué par d'autres voies, le sibbens attaque plus particulièrement d'abord les parties génitales, la marge de l'anus, l'abdomen, les membres inférieurs. Il survient plus tard une éruption générale de petites pustules qui s'étend jusques au cuir chevelu ; d'autres fois ce sont des tubercules durs, noueux, cuivrés, qui s'élargissent, se recouvrent de croûtes et s'ulcèrent. A la surface des lésions éruptives ou des parties ulcérées, s'élèvent des excroissances de la couleur et de la grosseur d'une framboise ordinaire, végétantes malgré tous les escharrotiques, et renaissant plus fongueuses et plus luxuriantes après leur destruction. Ces productions fongueuses forment le cachet le plus original de la maladie. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de rencontrer des adénopathies soit primitives, soit secondaires, des ulcères étendus et rebelles, et des affections diverses siégeant sur les os longs des bras ou des jambes, ou même sur les os de la tête. Dans quelques circonstances, la maladie méconnue, ou négligée, surtout chez les sujets délicats, les enfants et les femmes, au témoignage de B. Bell, aurait amené la mort.

Le sibbens, d'après les assertions de M. Wils, a une incubation de sept à quatorze jours. Une première manifestation rend impropre à une infection ultérieure (1).

Il se transmet par hérédité : « Il provoque l'avortement, et les enfants apportent en naissant les symptômes de ce mal, qui cependant ne paraît quelquefois que dans les premiers mois de la naissance. »

(1) Wils, *Loc. cit.*



Enfin, parmi les médications usitées, la salsepareille, le gayac, le daphné mézéreum, sont utiles, mais le seul remède, sur lequel on puisse véritablement compter, est le mercure, surtout sous forme de sublimé, dont il faut continuer l'usage deux ou trois mois encore après la disparition des symptômes.

LE MAL DE LA BAIE SAINT-PAUL.

Ce mal, qui a paru vers la fin du dernier siècle, au Canada, et en particulier, à la baie Saint-Paul, est aussi nommé *mal anglais*, parce que les habitants prétendent qu'il a été importé d'Angleterre. On l'appelle vulgairement le *gros mal*, le *vilain mal*. On en doit la première description au docteur Bowmann, envoyé sur les lieux par le gouvernement de Québec. Déjà, en 1785, au Canada, se trouvaient 5,800 personnes atteintes.

La maladie se développe par la contagion qui serait, au rapport de Swédiaur, extrêmement active. Non seulement elle se transmet par le contact immédiat, mais en outre par l'intermédiaire du linge, des vêtements, etc., etc. Aussi ses victimes sont-elles nombreuses, dans une même famille, surtout parmi les enfants, et ses ravages considérables. A plus forte raison se communique-t-elle aisément dans les rapprochements sexuels. Il paraîtrait qu'elle est plus contagieuse dans les deuxième et troisième périodes que dans la première.

Le début est marqué par de petites pustules rongeantes, — soit dans l'intérieur de la bouche, soit, plus rarement, sur les organes génésiques, — suivies bientôt, dans une deuxième période, d'engorgements glandulaires de la nuque, du cou, des aisselles, des aines, soit suppurés, soit

durs et indolents. En même temps, se déclarent des douleurs erratiques, exacerbantes, la nuit, et plus tard des éruptions cutanées, par poussées successives. Dans une troisième période, il survient des tophus sur les os, des caries du palais, du nez, du crâne, des ulcérations obstinées, des mutilations profondes, la perte de la vue, de l'odorat, de l'ouïe, l'alopécie. Enfin, l'on a vu des malades tomber dans l'état cachectique avant-coureur de l'issue funeste.

Ce mal, selon l'opinion générale, n'attaque qu'une fois dans la vie, ce qui est cependant, en partie, démenti par l'expérience.

La sabine, la salsepareille, la bardane et par-dessus tout le mercure, sont les moyens thérapeutiques employés avec le plus de succès.

Nous n'avons pas ici autant de renseignements circonstanciés sur les caractères de l'éruption cutanée que pour le pian et le sibbens. Tout porte à présumer que ces caractères sont moins saillants. Mais quant à l'activité du *contagium*, surtout s'il est vrai qu'elle augmente loin de s'affaiblir dans les périodes avancées de la maladie, elle n'est point au-dessous des précédentes.

LA RADEZYGE.

Ce mot signifie, dans le dialecte norwégien. *mal immonde.*

C'est vers le commencement du dernier siècle que la radezyge fit son apparition dans les contrées scandinaves où elle parut avoir été importée par un vaisseau russe qui était venu hiverner à Stavanger. De là, le mal se répandit en Suède, au temps de Charles XII, dans le Holstein, le Jutland, sur les bords du golfe de Finlande, à la suite des flot-

tes, des armées ou des agglomérations ouvrières travaillant à l'endiguement des lagunes.

Observée d'abord, en 1758, par Honorius Bounevie, puis par les docteurs Lilie, Hassing, Deegen, Cron, Mangor, Steeffens, Hans Munck, Sundius, Nicolaï Arbo, cette maladie a été étudiée plus récemment par le professeur Sorensen, et en dernier lieu par M. Boeck, de Christiania, qui a réuni un grand nombre de documents sur la question. Nous les puisons dans le travail de M. Rollet. A l'exemple de ce dernier, nous relaterons ici le résumé des symptômes de la radezyge d'après un auteur qui ne la considère point comme de nature syphilitique, le professeur Sorensen :

« Maux de tête, douleurs dans les membres, surtout pendant la nuit ; éruptions herpétiques au front, à la poitrine, sur les épaules, sur les bras, inflammation légère de la gorge.

« L'exanthème herpétique prend plus d'étendue et se trouve entouré d'un bord foncé. Il se montre, sur le visage, des plaies d'abord superficielles qui peu à peu se développent en profondeur ; il vient des tubercules sous-cutanés qui passent à l'état d'inflammation et de suppuration.

« L'inflammation de la gorge augmente ; il y a exulcération de la luette et des amygdales, les plaies rongent et détruisent les parties mentionnées jusqu'au pharynx ; des plaies analogues se développent dans la région palatine ; les os du palais sont attaqués et détruits. Aux extrémités, il survient des plaies entourées de bords d'un rouge foncé, quelquefois couvertes d'une croûte épaisse et sèche.

« Aux parties génitales, à l'anus et au périnée, il se présente des condylomes et des excroissances qui s'étendent jusqu'aux cuisses.

« La maladie s'attaque à la cloison du nez qui s'ulcère et se perfore; le système osseux est atteint de carie, surtout les os du nez. Sur les os longs et sur l'os frontal, il se présente des tophus et des exostoses qui se changent bientôt en carie.

« La cause première de la maladie est inconnue ; on sait seulement qu'il se développe un *contagium* qui se communique par la salive, la sueur et l'ichor, au moyen de couteaux, de cuillers et d'habits, ainsi que par le contact.

« Le mercure est le premier et le plus important de tous les remèdes (1). »

Aujourd'hui, cette endémie semble avoir disparu des contrées où elle fit tout d'abord, dans la deuxième moitié du dernier siècle, d'assez grands ravages.

LA FACALDINA.

On a désigné sous ce nom un mal contagieux importé en 1786, à Facaldo, village dans la province de Bellune, limitrophe du Tyrol.

Ozanam, d'après des données empruntées au docteur Zecchinelli, esquisse à grands traits, de la manière suivante, les caractères de la maladie, après avoir parlé des croyances populaires sur son origine : « Cette maladie s'est propagée par les alliances dans plusieurs familles. En voici les symptômes : Éruption scabieuse de nature syphilitique *très-intense*, qui attaque non-seulement les adultes, mais même les enfants, excepté que chez ceux-ci, au lieu de former des ulcères sur les parties génitales, elle en produit dans la gorge et dans les fosses nasales, qui sont corrodées et dé-

(1) Boeck, *Traité de la radezyge*. Paris et Christiania, 1860. (Rollet, *loc. cit.*, p. 282.)

truites, ainsi que le nez entier. Il paraît aussi sur la surface des ulcères très-rebelles, des dartres serpigineuses se manifestant aux bras, au cou et aux épaules; si elles disparaissent d'un côté, elles s'étendent de l'autre sur une grande superficie ; il y a rarement des douleurs ostéocopes et des tumeurs gommeuses, et presque jamais des exostoses. Plusieurs adultes ont eu une blennorrhagie, des ulcères aux parties génitales, des bubons et plusieurs espèces d'excroissances syphilitiques; des malades meurent de consomption, d'autres au milieu d'effroyables souffrances.

« Cette maladie paraît perdre de son intensité, et fait beaucoup moins de ravages par les mesures sanitaires qu'on a prises.

« Le docteur Zecchinelli vit à Facaldo dix-neuf personnes atteintes de cette maladie, à laquelle il donne trois origines différentes : 1° l'acte vénérien, qui la dévoile par des affections aux parties génitales ; 2° le contact de la peau, qui se couvre d'une espèce de gale; 3° la voie héréditaire.

« Le traitement mercuriel est le seul qui réussisse pour guérir la maladie. Elle a régné aussi pendant deux ans dans les villages tyroliens de Fassa et de Manzon, mais elle y est éteinte depuis 1814. »

L'affection scabieuse très-intense est signalée, comme on voit, par le savant auteur du *Traité des épidémies*, comme un caractère important, ainsi que la gravité de la plupart des autres symptômes évidemment supérieure à celle de la syphilis sporadique dans la grande majorité des cas.

L'affection suivante n'est sans doute que le même mal qui s'est manifesté dans les provinces illyriennes, à l'époque où le premier sévissait dans le Tyrol.

LE SCKERLJEVO.

Le sckerljevo, ou *mal de Fiume*, a paru au commencement de ce siècle, à Sckerljevo, village de la province de Fiume sur l'Adriatique. Il a été décrit par le docteur Cambieri, et plus tard par Bagneries, médecin en chef de l'armée française en Illyrie, Frank, et récemment (1855) par M. Sigmund, de Vienne. C'est avec ces renseignements, et d'après les conclusions adressées à la Société de médecine par notre compatriote, sur ce mal contagieux, que nous pouvons établir le résumé qui suit.

L'importation paraît remonter vers l'année 1790, mais il n'y a que des conjectures à ce sujet.

Il semble que le sckerljevo n'a point de phénomènes primitifs, car la première période, après les prodromes, est constituée par des éruptions papuleuses, pustuleuses, squammeuses; cependant il est question « d'exulcérations aux parties génitales, plutôt chez les femmes que chez les hommes. »

Des douleurs ostéocopes et articulaires, s'exacerbant la nuit, ouvrent la scène. Puis se manifestent la dysphonie et la dysphagie. De petites pustules aphtheuses couvrent l'isthme du gosier, dégénérant en ulcères qui détruisent la luette, les amygdales et parfois une plus ou moins grande étendue de la bouche et même du nez, dont les os se carient en laissant écouler une matière infecte.

Les malades qui n'ont pas d'ulcères dans la bouche voient survenir, immédiatement après les prodromes, une éruption de pustules arrondies, cuivrées, au cuir chevelu, derrière les oreilles, à l'anus, aux environs des parties génitales, à la partie interne des cuisses, des jambes, des bras



et sur le ventre. Ces pustules, très-variées, d'ailleurs, de dimension, de forme, etc., etc., persistent, en général, assez longtemps, quelquefois plus d'une année. Dans leurs intervalles, couverts d'une rougeur érysipélateuse, s'élèvent des tubercules « qui suppurent lentement ou qui rendent un ichor qui se condense en grosses croûtes. » Sur ces taches, ces pustules et ces tubercules, se développent des fongosités analogues à des excroissances framboisées, suivies d'ulcères rongeants qui mutilent les parties molles, deviennent serpigineux, « se dilatent énormément et présentent un aspect hideux, » carient les os voisins, laissant à leur suite des stigmates profonds et livides. « On en a vu corroder le gras des jambes et les os du pied avec une odeur affreuse. On observe encore des condylomes, des staphylomes, des poireaux, la couronne ou le chapelet de saint Côme, la tuméfaction énorme du scrotum, etc., etc. »

Ce mal dure souvent plusieurs années; il n'est pas mortel. Quelques malades ont guéri spontanément après deux ou trois ans. « L'exercice et une vie active paraissent salutaires aux infirmes. » L'usage des végétaux est insuffisant comme méthode curative; il faut en venir aux préparations mercurielles et surtout au sublimé corrosif.

Dans le rapport à la Société de médecine, il est dit que le sckerljevo est « une maladie contagieuse par toutes sortes de contacts. » D'après Cambieri, « ce virus se contracte par l'attouchement, par l'usage commun des ustensiles et des habits, par l'haleine, et en couchant avec les malades. Il n'épargne ni âge ni sexe, mais il paraît que ceux qui ont été radicalement guéris ne contractent pas la maladie une seconde fois; cependant, cette remarque n'est pas appuyée d'un assez grand nombre de faits pour mériter toute croyance.

Les nourrices communiquent facilement la maladie aux enfants par l'allaitement (1). »

Le sckerljevo a fait d'horribles ravages dans les provinces de Fiume, de Buccari, de Viccodol et de Fuccini, au point d'attaquer le cinquième ou le quart de la population. La malignité de sa contagion n'a donc point laissé que d'être fort considérable. Depuis cette époque, et grâce aux mesures prises, l'endémie tend à disparaître.

Notons enfin, à côté de la contagiosité, l'affection grave de la peau avec ses pustules sordides et ses excroissances framboisées.

C'est sans doute encore la facaldina ou le sckerljevo ou le sibbens que nous retrouvons, en Moravie et en France, sous les noms de *maladie de Brunn* et de *mal de Chavanne-Lure*, dont nous dirons aussi quelques mots.

MALADIE DE BRUNN.

Développée en 1578, et étudiée à cette époque par Thomas Jordan, puis par J. Sporisch, en 1588, cette maladie, dans l'espace de deux à trois mois, attaqua cent quatre-vingt personnes dans la ville ou les faubourgs de Brunn, en Moravie, sans compter bon nombre de gens de la campagne.

Les premiers qui en furent atteints avaient été ventousés aux bains de la ville (que fréquentaient des vénériens). Les stigmates du nouveau mal se montrèrent sur les parties où l'on avait appliqué les ventouses : c'étaient des abcès de mauvaise nature dégénérant en ulcères sanieux, environnés de pustules d'où s'écoulait une humeur variable, séreuse ou purulente. Toute la surface du derme comprise dans la

(1) Ozanam, *Histoire médicale des maladies épidémiques*. Paris, 183 , t. IV, p. 282.



circonférence de la ventouse tombait en pourriture, laissant à la place un ulcère phagédénique.

Ces premiers symptômes étaient d'ailleurs précédés eux-mêmes de phénomènes dynamiques, tels que lassitude inaccoutumée, engourdissement général, visage pâle, esprit triste, yeux cernés, front voilé. Les malades « avaient l'air d'ombres errantes. »

Aux symptômes primitifs succédait une éruption formidable « de pustules qui rendaient le visage et le corps difformes et horribles. » Elles faisaient saillie au-dessus du niveau de la peau, se couvrant de croûtes, laissant transsuder un liquide gras, muqueux, au-dessous desquelles persistaient des taches noires.

« Dans les progrès de la maladie, il survenait à la tête des callosités qui s'ouvraient avec douleur et qui rendaient une humeur melliforme, visqueuse et tenace comme la térébenthine. Vrais ulcères sordides qui, après s'être détergés difficilement, se fermaient pour faire place à d'autres accidents. Alors survenaient des douleurs ostéocopes très-aiguës aux bras, aux épaules, aux cuisses, aux jambes, aux pieds, mais surtout au tibia... Plus de repos, plaintes, cris, gémissements continuels. Les douleurs s'exaspéraient la nuit; il y avait prostration des forces, stupidité et même aberration mentale ; une humeur purulente et fétide distillait des narines; l'appétit se perdait, et les malades, plongés dans la mélancolie, recherchaient la solitude. »

MALADIE DE CHAVANNE-LURE.

La relation en a été donnée par M. Flamand, en 1829.

La maladie paraît avoir été importée par des Autrichiens lors de la deuxième invasion. Le premier individu qui la

communiqua dans la commune de Chavanne, après avoir été retenu pendant trois jours dans un corps de garde autrichien à Montbéliard, prétendit l'avoir gagnée en buvant dans le même vase, et immédiatement après un soldat de cette nation, qui avait aux lèvres les vestiges de la même maladie. Rentré chez lui peu de temps après, le villageois de Chavanne transmit le mal à ses trois enfants en bas âge, tandis que sa femme, avec laquelle il cohabitait, fut la seule personne de sa famille non infectée par lui. La contagion se répandit avec une grande rapidité dans les familles voisines surtout par l'intermédiaire des ustensiles qui servaient à prendre en commun la nourriture.

Suivant M. Flamand, la maladie « débute par un sentiment de faiblesse générale, suivi de douleurs plus ou moins vives dans les membres, qui augmentent pendant la nuit, et que les malades comparent à celles du rhumatisme. Ces douleurs durent depuis 15 jours jusqu'à 4 ou 5 mois, et parcourent successivement chez quelques-uns les articulations. Ensuite, un engorgement inflammatoire se manifeste aux lèvres, qui se couvrent intérieuremeut d'aphthes blanchâtres et qui se gercent, acquérant le double ou même le triple de leur volume ordinaire. Bientôt l'inflammation se manifeste à la gorge; elle envahit la luette, les amygdales et le voile du palais, et il en résulte une extinction de voix, qui, chez quelques individus, est portée jusqu'à l'aphonie. Aussitôt que les symptômes inflammatoires se manifestent, la douleur dans les membres diminue, et elle cesse même entièrement à mesure que les premiers prennent de l'intensité. Chez certaines personnes, il se fait une éruption pustuleuse sur toute la surface du corps, mais plus particulièrement à la tête. Les pustules étaient accompagnées d'une *douleur prurigineuse intolérable*, qui cependant cessait avec



l'écoulement du pus formé dans les boutons. *Ceux-ci étaient assez gros* et d'un rouge livide; ils laissaient à la peau des macules dont les traces se voyaient encore longtemps après... Cette seconde période a duré plusieurs mois et même une année. Chez les deux tiers des individus qui en ont été atteints, la maladie me paraît s'être guérie spontanément; les autres en conservaient encore plusieurs symptômes. Jusqu'à présent elle n'a été funeste à personne (1). »

L'auteur n'hésite point à identifier cette affection avec le sckerljevo qu'il envisage d'ailleurs comme une *modification* de la syphilis.

Nous laissons de côté d'autres affections, telles que le *mal d'Amboyne*, le *mal du Soudan*, le *bouton d'Alep*, etc., etc., sur lesquelles nous n'avons que des renseignements incomplets qui ne permettent pas d'en préjuger la nature et surtout de les rattacher formellement à la syphilis.

Il nous reste, pour terminer, à dire quelques mots de la *lèpre kabyle* et du *mal framboisé* des Chinois.

LE MAL KABYLE.

L'une des formes les plus graves de la syphilis en Kabylie s'est présentée à nos chirurgiens militaires sous l'aspect d'une éruption scabieuse si intense, que l'un d'eux, M. Jules Arnould, a désigné cette *forme cutanée* sous le nom de *Lèpre kabyle* (2). M. le docteur Vincent ajoute que Cambieri, en décrivant les affreux ravages du sckerljevo, « a figuré, presque trait pour trait, dans son rap-

(1) Cité d'après M. Rollet, *Recherches sur plusieurs maladies de la peau rares ou exotiques qu'il convient de rattacher à la syphilis* (*Archives de médecine* 1861).

(2) *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 3e série tome VII.

port, la syphilis des Kabyles. Cette ressemblance est frappante et ne peut laisser aucun doute sur l'identité de nature des deux maladies. Aussi la remarque faite par le médecin italien, sur la transmission non sexuelle du mal de Fiume, nous semble-t-elle confirmer pleinement, *par son exagération même,* notre manière de voir touchant le mode le plus habituel de la propagation de la syphilis chez nos indigènes, savoir : la *contagion* par les produits reconnus inoculables de la syphilis constitutionnelle, s'opérant par diverses voies, et surtout par la bouche qui s'infecte au contact de vases et objets servant à un usage commun (1). »

YANG-MEY-TCHOANG.
(Ulcère en forme de framboise.)

Enfin nous retrouvons en Chine la même forme que nous venons de rencontrer sous diverses latitudes. Le lecteur la reconnaîtra sans peine dans la description suivante que nous empruntons au livre récent du capitaine Dabry :

« On distingue sous ce nom (*Yang-mey-tchoang*) divers accidents vénériens caractérisés par l'éruption de pustules de forme semblable à celle de la framboise (*yang-mey*). Cette affection est très-contagieuse et peut se communiquer sans qu'il y ait coït infectant. Elle apparaît quelquefois en même temps qu'un chancre se montre sur la verge ou dans le vagin. Les prodromes sont : fièvre, douleurs dans tous les membres, urine coulant goutte à goutte. Ces prodromes sont suivis de l'éruption de petits boutons rouge obscur aux aines ; ces boutons gagnent peu à peu les cuisses, les aisselles, le bas des reins, et enfin envahissent tout le corps. D'abord d'une dimension assez petite, ils augmentent in-

(1) Vincent, *Exposé cliniq. des malad. des Kabyles.* Paris, 1862.

sensiblement, et se couvrent soit d'écailles, soit de croûtes noirâtres; réunis par groupes à peu de distance l'un de l'autre, ils prennent la forme d'une framboise; la peau est dure entre ces deux tumeurs; dans chaque groupe, on distingue une tumeur plus grosse que les autres, d'où coule souvent une matière séreuse et fétide formant des croûtes.

« Quelquefois cette affection se déclare après la guérison imparfaite d'un accident vénérien : elle s'annonce par un prurit général, des douleurs dans les os, de petites taches rouge cuivré, disséminées par groupes de quatre, cinq ou six et séparées par un petit intervalle. Ces taches augmentent progressivement de largeur et d'élévation, et finissent par se réunir; chacune d'elles est entourée d'une auréole rouge qui disparaît lorsque les taches sont réunies; un autre cercle entoure alors les groupes; dans chaque groupe une des pustules domine encore les autres; en cas d'ulcération, il coule un fluide jaune, séreux et fétide; et le malade ressent une douleur très-vive.

« Dans le cas où cette affection serait communiquée par un contact autre que celui d'un coït infectant, elle se déclarera par des démangeaisons, de petites taches blanches sur tout le corps, et en plus grande quantité sur le front; au bout de quelques jours, les taches augmentent et se couvrent de croûtes noirâtres; quelquefois des ulcérations se forment (1). »

Caractères communs.

Quant aux diverses endémo-épidémies que nous venons de passer en revue, identiques par leur nature avec la syphilis, elles se rapprochent, en particulier, par leurs princi-

(1) P. Dabry, *La Médecine chez les Chinois*, p. 163. Paris, 1863.

paux caractères, des accidents congéniaux aigus, et relèvent surtout de la forme épidémique originelle. Toutes ensemble, d'ailleurs, peuvent être rapportées à un même type, sauf quelques nuances spéciales à chaque individualité endémique, la radezyge, par exemple. Il est vraisemblable que les diverses conditions de climat, de race, d'habitudes, etc., manifestent leur influence par des modifications plus ou moins notables dans la physionomie des symptômes. La radezyge, par exemple, n'a pas absolument les caractères extérieurs du pian ou du sibbens. Et néanmoins, parmi les médecins les plus compétents, Hans Munk, — qui soignait à Stavanger les malades dans un hôpital affecté spécialement à la radezyge, — proposait de donner l'ancien nom de l'endémie écossaise au nouveau mal norwégien. C'est qu'en effet, malgré quelques variations extérieures des symptômes, toutes ces affections appartiennent par leurs caractères propres à une même essence morbide.

Cette forme de la syphilis, — si singulièrement campée dans quelques foyers endémiques, — présente des attributs communs qui en constituent la raison d'être et l'originalité. On peut résumer ces attributs de la manière suivante :

1° Sous le rapport des *évolutions*, le début peut se manifester d'emblée par les phénomènes généraux. Pendant que, dans nos climats, les symptômes primitifs occupent une place importante dans la genèse des accidents de la forme confirmée,—ainsi que le prouvent toutes les préoccupations séméiotiques si minutieuses à l'égard du chancre, — ces phénomènes, dans la forme endémique, sont insignifiants ou même font défaut. Les médecins anglais et français, dans les colonies, notent à l'unisson que l'invasion du pian a lieu par les symptômes cutanés et l'affection générale du tégument. Bien plus, l'inoculation de la matière pianique, d'après



les expériences de M. Paulet, ne détermine pas nécessairement, dans tous les cas, un travail morbide local, préalablement à l'explosion des symptômes généraux. Pour le sibbens, si quelques observateurs notent son développement à la suite des ulcérations des parties génitales, le témoignage de B. Bell, — affirmant qu'il a « observé la maladie dans toutes les parties du corps et sous toutes les formes ordinaires à la syphilis, excepté sous celle de chancres sur les organes de la génération, » — ce témoignage, disons-nous, démontre au moins que les phénomènes primitifs n'ont pas la même fréquence dans l'endémie écossaise que dans nos formes vulgaires de la syphilis. De son côté, Swédiaur observe que le mal de la baie de Saint-Paul ne commence point par des ulcères aux parties génitales. Cambieri caractérise l'invasion du sckerljevo par les douleurs articulaires et ostéocopes, la dysphonie, les éruptions cutanées, etc. Selon lui, les exulcérations génitales sont rares et tardives, quoique plus ordinaires chez les femmes. Le docteur Sorensen regarde comme phénomènes du début dans la radezyge les maux de tête, les douleurs dans les membres, les éruptions herpétiques au front, à la poitrine, etc., etc. Ainsi, la période primitive manque ou est effacée dans la syphilis endémique. Et de plus, les manifestations d'apparence constitutionnelle n'ont pas la même régularité de succession que dans la forme confirmée.

2° Sous le rapport des *symptômes*, nous ne retrouvons plus, dans la forme endémique, cette diversité d'éruptions tégumentaires qu'affectent les nombreuses syphilides. Une même affection cutanée domine la scène, et si constante, si caractéristique, si saillante, qu'elle attire presque seule d'abord toute l'attention, et que plusieurs de nos dermatologues les plus autorisés sont conduits à n'y trouver autre

chose qu'une maladie de la peau ; affection toute spéciale d'ailleurs, et qui ne saurait être confondue entièrement avec nos éruptions syphilitiques indigènes. Ces intumescences framboisées singulières, — que l'on retrouve dans le pian, le sibbens, le mal de la baie Saint-Paul, le sckerljevo et la falcadina, surtout le *yang-mey* chinois, etc., etc., — occupant l'universalité du tégument, devenant fongueuses, toujours fixes, parfois rebelles ou laissant à leur suite, quand elles se détachent, de profondes et corrosives ulcérations, ont, ce nous semble, par leurs éléments anatomiques, par leur marche, par leur gravité et par leur constance, une frappante originalité.

3° Sous le rapport de la *gravité*. La syphilis endémique présente généralement aussi, soit dans l'intensité, soit dans la durée de ses symptômes, un degré de gravité plus notable. Les suppurations et les ulcères que l'affection cutanée entretient habituellement sur une plus ou moins grande étendue de la peau, les mutilations graves qui en résultent souvent, la mort même, dans quelques circonstances, témoignent assez, d'après la déclaration unanime des médecins, de l'intensité ordinaire des accidents.

4° Sous le rapport de la *contagion*. Le pouvoir contagieux de la forme endémique présente une sphère plus étendue, des sources plus persistantes, en un mot, des conditions d'activité plus favorables à son développement.

Au lieu d'être restreint à une zone circonscrite dans telle ou telle région, le foyer de la contagion se trouve universellement étendu à presque toute la périphérie du corps. Pendant des mois, des années mêmes, soit que l'éruption émerge à la surface de la peau, soit qu'elle devienne fongueuse, soit qu'elle laisse à sa suite des ulcères rongeurs, le contage garde sa funeste propriété.

Aussi n'est-ce pas, *principalement et habituellement,* par le commerce vénérien que se propage l'endémie : ce mode ne suffirait pas à sa prompte et active diffusion. C'est *surtout* par le contact, par les ustensiles de ménage, par les vêtements, par les literies, etc., etc., qu'elle se propage de proche en proche, n'épargnant ni âge ni sexe; et lorsqu'elle est déclarée dans une famille, elle attaque presque toujours tous ses membres, faisant ainsi, en peu de temps, un grand nombre de victimes. Dans cette forme, le moyen de transmission n'est donc pas généralement vénérien. Le villageois de Chavanne-Lure communique le sckerljevo à ses trois enfants en bas âge; sa femme, avec laquelle il cohabite, est la seule personne de sa famille non infectée par lui. « Ce qui semble indiquer, ajoute M. Flamand, que l'union des sexes est un moyen peu propre à communiquer le sckerljevo. » Les négresses dont parle M. Paulet, affectées de tubercules pianiques sur le ventre, à la poitrine, et dont les organes générateurs, visités préalablement au spéculum, étaient sains, n'ont pas moins contaminé très-facilement trente nègres avec qui elles eurent des rapports : « dans tous les cas, les organes génitaux ont été trouvés intacts (1). »

Cette communication si facile, si banale de la maladie, en dehors des actes vénériens — et surtout de la sphère génitale, — a fait donner par divers auteurs à quelques-unes de ces endémies, telles que le sckerljevo, la radezyge, etc., etc., le nom de *syphilis insontium.* Et de fait, le grand nombre d'enfants qui en sont affectés justifie cette qualification qui ne s'applique pas moins à beaucoup de cas de la syphilis épidémique.

Enfin, la multiplicité, l'étendue et la durée des moyens

(1) *Archives générales de médecines,* 4e série.

de transmission expliquent très-bien les ravages insolites de l'épidémie du quinzième siècle et des endémies syphilitiques diverses. Au Canada, en 1785, déjà cinq mille huit cents personnes étaient atteintes, et l'on ne les connaissait pas toutes (1). Dans les pays scandinaves, il fut nécessaire de construire des hôpitaux spéciaux à Stavanger, à Maudat, à Skhien, pour le traitement de la radezyge. L'on a vu les désastres de la facaldine et du sckerljevo dans le Tyrol et les provinces Illyriennes, etc., etc.

La physionomie accentuée de ces caractères doit frapper l'observateur; mais en même temps la similitude singulière de leurs traits affirme déjà suffisamment l'unité de source qui, dans le temps et dans l'espace, donne cours à ces divers affluents morbides. — Cette affirmation, que fait pressentir l'analyse, la synthèse maintenant doit la compléter.

(1) J. Rollet, *Recherches sur plusieurs maladies de la peau réputées rares ou exotiques qu'il convient de rattacher à la syphilis.* (*Archives de médecine*, 1861).

TROISIÈME PARTIE

DE L'UNITÉ DE LA SYPHILIS

Deux courants contraires entraînent et divisent les nosologistes.

Les uns, séduits par le principe de la localisation des maladies, poursuivent les moindres altérations des tissus ou des humeurs, et jusqu'aux plus imperceptibles changements dans les éléments histologiques, pour faire de chaque symptôme ou de chaque lésion le point de départ d'une maladie nouvelle.

Les autres, sur une voie opposée, sollicités par un instinct de généralisation trop souvent sans bornes dans la comparaison des maladies, les associent entre elles sous prétexte de quelques accidents communs, ou même de quelques lointaines analogies, et finissent par perdre de vue les différences qui les distinguent.

Pendant que les premiers multiplient sans fin, les seconds réduisent sans raison le nombre des entités morbides. Mais chacun de ces points de vue est également éloigné de la réalité.

Cette double tendance en sens inverse est aussi le partage de la syphilographie. Le camp des *identistes* confond dans une même unité la blennorrhagie, les végétations, la

syphilis, indistinctement tous les accidents de provenance vénérienne. La légion des *pluralistes*, séparant avec raison ces entités, fractionne à tort la syphilis en maladies distinctes.

Erreur en deçà des Pyrénées, erreur au delà. — C'est ce qu'il faut démontrer.

CHAPITRE I

DISTINCTION DES ACCIDENTS VÉNÉRIENS.

Le système des identistes repose sur une base doublement erronée.

Selon ce système, 1° les accidents d'origine vénérienne ont pour point de départ un même virus syphilitique ;

2° La diversité de ces accidents est due uniquement à la diversité des idiosyncrasies.

Rappelons que, par accidents vénériens, il faut entendre particulièrement trois catégories essentielles d'affections contagieuses : la *blennorrhagie*, la *sycose* ou les *végétations*, et la *syphilis*.

Les considérations historiques, exposées dans la première partie de ce travail, nous permettront d'exposer très-brièvement la question, qui ne compte plus guère d'ailleurs de nombreux contendants.

§ 1. — La blennorrhagie n'est point une affection syphilitique.

Prise à la lettre, la dénomination de blennorrhagie implique confusion : elle indique un écoulement de matière

muqueuse. La blennorrhagie n'est pas, à proprement parler, un *écoulement*, et surtout cet écoulement n'est pas *muqueux*. Or, ceci n'est pas une querelle de mots. Rien n'est plus propre à perpétuer les malentendus que les termes mal définis. Et la meilleure preuve, c'est la confusion inextricable que l'organicisme a introduite dans la question en identifiant avec la blennorrhagie tout écoulement du canal de l'urèthre ou du vagin : confusion qui ouvre la porte aux erreurs les plus manifestes quant à l'identité de leur pouvoir contagieux (1). Il convient donc d'établir, en quelques mots, la différence des caractères qui distinguent la maladie blennorrhagie du symptôme écoulement.

— L'écoulement muqueux, muco-purulent ou purulent des organes génitaux ou du canal de l'urèthre, est un *symptôme*, non une maladie, et, comme tel, il relève de diverses sources morbides :

1° Résultat d'un contact *traumatique* ou *irritant*, il provient d'une lésion directe : du pus leucorrhéique, des sécrétions de la balano-posthite, de l'application d'une substance corrosive, d'une injection caustique, de l'usage des sondes, de certaines manœuvres mécaniques, prématurées ou coupables, des efforts violents ou des excès répétés de coït, etc.

2° Phénomène *pathogénétique* ou *toxique*, on le voit survenir à la suite de l'ingestion de certaines boissons, de la bière, en particulier, de l'administration des cantharides, de la térébenthine, du copahu, du poivre cubèbe, du piment, de la résine de gayac, du thuja.

(1) Ce sont les errements d'une doctrine fausse — dans ses applications comme dans ses principes — qui ont conduit les organiciens à cette confusion dont les meilleurs esprits (M. Ricord en particulier), n'ont pas toujours su se défendre. L'instinct populaire, — parfois si merveilleux, — a conservé plus fidèlement la notion de l'essentialité de la blennorrhagie dans son langage accentué qui ne prête au moins à aucun malentendu.

3° Symptôme *morbide*. Il se manifeste chez les jeunes enfants, les petites filles surtout, au moment du sevrage, à l'époque de la dentition; sous l'influence des vers intestinaux; plus tard, à l'âge critique; chez les goutteux et les scrofuleux des deux sexes; particulièrement chez les hommes hémorrhoïdaires et les tabescents, et chez les femmes chlorotiques ou hystériques, etc.

Dans ces dernières circonstances, l'écoulement symptomatique des organes génitaux est un phénomène morbide *accidentel* apparaissant sous l'influence, soit des différentes périodes climatériques de la vie, soit des diverses modifications diathésiques de la constitution. La matière qui le constitue se rapproche davantage du mucus que du pus (1); il a peu de durée, point d'incubation; nulle gravité. Il n'est point contagieux.

Expliquons-nous. Le contact du muco-pus de certaines leucorrhées chez les femmes, ou de certaines balano-posthites chez les hommes, n'est point toujours inoffensif pour la muqueuse uréthrale ou vaginale du sexe opposé. Ainsi l'on voit le pus otorrhéique le plus simple suivi parfois d'accidents, d'après l'observation de notre savant collègue le docteur Triquet, lorsque ce pus est introduit dans le conduit auditif des sujets sains. On comprend donc que des exhalations puriformes, non contagieuses par elles-mêmes, déposées sur la muqueuse saine de l'urèthre, puissent jouer, dans une certaine mesure, le rôle d'une application irritante, et reproduire à un moindre degré les résultats inflammatoires obtenus sur lui-même par Swediaur, au moyen d'une injection ammoniacale. Mais cette transmission for-

(1) Sauf dans les cas d'une lésion traumatique plus ou moins intense telle que l'injection avec une solution concentrée d'alcali volatil caustique, comme dans l'expérience tentée sur lui-même par Swediaur.

tuite et accidentelle ne sera pas le fait essentiel et le trait caractéristique de la maladie ; elle ne se produira que sur les sujets fortement prédisposés, ou à la suite d'un traumatisme intense. Et à son tour, à moins de circonstances particulières, d'un individu à l'autre, elle ne se perpétuera point.

Ces accidents ne sont donc pas véritablement contagieux et surtout virulents. Ils ne reproduisent pas nécessairement le mal d'où ils dérivent. Rien de plus commun, chez les femmes les plus saines, que le catarrhe utérin ; rien de plus rare et de plus insolite, dans les paisibles et honnêtes ménages, que la véritable blennorrhagie (1). En outre, la marche de ces écoulements symptomatiques reste subordonnée à l'énergie de la cause externe, ou à l'impulsion de la prédisposition interne dont ils sont l'expression. Leur pronostic et leur traitement restent affectés à chacune de ces indications. Enfin, pendant leur cours, l'on ne voit jamais apparaître les affections consécutives, apanage exclusif de la blennorrhagie.

Parmi les écoulements morbides, il en est qui appartiennent plus particulièrement aux affections vénériennes : à la blennorrhagie, aux végétations et à la syphilis. Que des excroissances purement épigéniques, que des chancres ou simples, ou phagédéniques, ou indurés, que des plaques muqueuses, des tubercules, des ulcérations secondaires se développent au col de l'utérus, sur les parois du vagin, dans le canal de l'urèthre même, il en résultera des écoulements variés, sycosiques ou syphilitiques. Mais tous ces écoulements symptomatiques diffèrent, par leur nature, de l'écoulement blennorrhagique essentiel.

La syphilis peut donc occasionner un écoulement uré-

(1) C'est ce que nous affirmons énergiquement à l'encontre des enseignements contraires professés par les organiciens.

thral; mais elle n'engendre pas la blennorrhagie. Cette dernière constitue une maladie par elle-même indépendante de toutes les affections précédentes, dont elle se distingue par l'ensemble de ses attributs; elle n'a de commun avec elles que le symptôme écoulement auquel elle imprime d'ailleurs un cachet original, une contagiosité particulière.

Ces distinctions importantes jettent, ce nous semble, un jour satisfaisant sur les conditions si obscures, si diversement et généralement si mal interprétées de la contagion blennorrhagique, et nous permettent de constituer nettement l'essence de la maladie : tâche fort difficile avec les errements accrédités à ce sujet.

Si donc l'on compare, dans l'ensemble de leurs caractères, la blennorrhagie, en particulier, et la syphilis, tout démontre leur essentialité distincte.

La première a pour caractère dominant un écoulement muco-purulent contagieux, — siégeant sur le canal de l'urèthre, plus souvent sur les parois du vagin et le col de l'utérus chez la femme, — produit par une inflammation spéciale de ces parties. Elle peut avoir pour résultats plus ou moins fréquents, prochains ou éloignés, soit par propagation du travail inflammatoire, soit par déviation métastatique : la *cystite*, l'*engorgement du cordon et de l'épididyme*, l'*inflammation de l'utérus* et des *ovaires*, et, dans des cas rares, celle des *reins* et du *péritoine*. Elle provoque, — le plus souvent par le contact du pus souillé sur les yeux, — une inflammation redoutable, l'*ophthalmie purulente*. En outre, elle peut engendrer, pendant son cours ou à sa suite, une *affection articulaire*, siégeant principalement sur le genou, la jointure tibio-tarsienne, plus rarement sur les petites articulations, avec épanchement synovial. Enfin, elle est fré-

quemment suivie, à plus ou moins longue échéance, de *rétrécissements* du canal de l'urèthre ou de diverses complications spéciales dans les voies afférentes de l'appareil urinaire.

Tous ces symptômes, considérés soit dans leurs détails, soit surtout dans leur ensemble, n'ont aucune similitude avec ceux de la syphilis.

Avec l'écoulement fortuit, le caractère plus essentiel qui rapproche celle-ci et la blennorrhagie est le pouvoir contagieux par le commerce vénérien. Mais, même sous ce rapport, entre les deux maladies que de différences ! Ce n'est point, en effet, par le degré, — comme dans les diverses formes de la syphilis, — mais par sa nature que ce pouvoir contagieux diffère.—Quelle que soit son activité dans la blennorrhagie, il reste exclusivement affecté à une sphère assez restreinte de l'économie. Toute la peau, une grande partie du tégument interne, la bouche, en particulier, restent inaccessibles à la contamination. Chez l'homme le double feuillet du gland et du prépuce, si directement exposé à la souillure de la matière blennorrhagique, en porte rarement l'atteinte; c'est l'urèthre, qui souffre seul de ce contact. Au contraire, chez la femme, ce canal est beaucoup moins fréquemment exposé, pendant que l'ondée inflammatoire gagne surtout les parties profondes du vagin. Dans ces deux cas, la contagion reste parquée à ces étroites limites, si l'on excepte l'aptitude de la conjonctive à cette impression.—En outre, après la cessation de l'écoulement, la contagion de la blennorrhagie a des retours fréquents et habituels qui lui sont assez particuliers. Sous l'influence du moindre écart de régime et sans nouvelle souillure, le mal se manifeste de nouveau ; et cette répétition, — comme nous en avons vu, sur les femmes, plus d'un exemple, — peut durer des années. Il suffit parfois du simple *molimen* hémorrha-

gique opéré par la fluxion menstruelle pour réveiller périodiquement l'activité de la contagion. L'excitation génitale provoquée par un nouvel agresseur au congrès vénérien peut faire reparaître aussi, pour quelques moments, le pouvoir transmissible. Rien de plus banal, dans la fréquentation d'un certain monde où pullulent ces accidents, que ces particularités qui semblent fort embarrassantes au premier abord, mais dont une observation suivie ne manque pas de donner la clef à un praticien attentif (1). — Enfin, le contact seul, sur une muqueuse dotée de l'aptitude morbide, suffit à la transmission; et, au contraire, l'inoculation sous-dermique ou sous-épithéliale reste sans effets.

Mais le caractère le plus décisif de la contagion comparée dans ces deux maladies, c'est qu'elle ne s'échange point. Jamais la blennorrhagie ne donne la syphilis et réciproquement. C'est la conclusion la plus positive de toutes les observations présentées par Balfour, Tode, B. Bell, Bosquillon, Hernandez et l'école du Midi.

La coexistence fréquente, sur le même sujet, des deux affections, dont l'une est très-apparente, et dont l'autre peut rester, dans sa manifestation initiale, plus ou moins inaperçue, — et, par-dessus tout, la démonstration du chancre larvé de l'urèthre, affirmée par Fallope, admise par Hernandez, triomphalement établie par M. Ricord, — répondent complétement à l'objection présentée au nom de quelques faits touchant l'échange prétendu de la transmission entre la syphilis et la blennorrhagie.

(1) Il y aurait bien d'autres conséquences pratiques intéressantes à déduire ici. L'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par exemple,—cette affection si grave qui compromet et souvent détruit à jamais, en peu de jours, l'organe de la vision, — a très-fréquemment pour cause, d'après nos observations, une blennorrhagie récente ou ancienne, et parfois larvée chez les ascendants, la mère en particulier.

Ces faits, regardés d'ailleurs comme exceptionnels par tous les observateurs, étaient l'objet d'interprétations singulières. Pour expliquer comment le virus syphilitique peut produire la blennorrhagie, — Hunter avait recours à la *différence des tissus* exposés au contact du virus, — Hufeland, à l'*état d'incarcération* ou de *liberté* de ce même virus dans sa coque muqueuse, — Swediaur, à une *différence d'intensité* dans l'action virulente, — Th. Rose, avec le plus grand nombre, aux *idiosyncrasies* : — toutes interprétations gratuites qui tombent devant ce double fait expérimental se répétant toujours avec une régularité accablante, en dépit de la diversité des idiosyncrasies et des tissus; et ce double fait est celui-ci : 1° chaque fois que le pus de chancre a été porté sur la muqueuse uréthrale des sujets sains, il n'a jamais développé la blennorrhagie; 2° chaque fois qu'un écoulement blennorrhagique, exempt de chancre (ce dont il est aisé de s'assurer chez la femme), a été inoculé ou transmis à un autre sujet, jamais, à la suite, il n'est survenu d'ulcère ou de lésion syphilitique.

Ainsi, la blennorrhagie et la syphilis, distinctes par leurs caractères objectifs, ne diffèrent pas moins dans le mode, les conditions et les effets de leur contagion, et ne sauraient se transmettre mutuellement : maladies essentiellement indépendantes, la première n'est point en conséquence une forme de la seconde.

§ 2. — Les végétations ne sont pas une forme de la syphilis.

Il faudrait établir pour les végétations les mêmes distinctions que pour la blennorrhagie. En effet, il y a des végétations symptomatiques, c'est-à-dire blennorrhagiques,

chancreuses, condylomateuses, dartreuses, cancéreuses, etc., etc., et des végétations essentielles ou sycosiques. Ces dernières seules doivent nous occuper ici.

La *sycose* a une étiologie assez complexe : contagieuse, elle a cependant besoin de prédispositions plus ou moins accusées. Ces prédispositions tiennent à certaines conditions organiques, telles que le phymosis chez les hommes, ou à certains états physiologiques, tels que la grossesse chez les femmes. Dans les deux sexes, elle se manifeste plus particulièrement, surtout dans les régions onctueuses des téguments, au voisinage des parties génitales et de l'anus.

Indépendamment de ces aptitudes locales ou accidentelles, il est des prédispositions générales ou idiosyncrasiques propres à certains individus chez lesquels les végétations se lient à d'autres productions épigéniques, verrues, kystes, loupes, polypes.

Toutes choses égales d'ailleurs, la contagion sycosique sera plus active dans ces localités ou sur ces individus.

Comme la blennorrhagie, et avec cette dernière, les végétations se développent souvent sur un même sujet, concurremment avec la syphilis.

Pendant trois siècles, personne n'a paru élever de doute sur la nature syphilitique de cette affection. Fabre (1773) recommande encore avec insistance le traitement mercuriel pour la combattre. Cependant déjà, Nisbett (1778), tout en regardant cet état contre nature comme une relique du mal vénérien, blâme cette médication, à laquelle il veut substituer la cautérisation et l'excision.

C'est Hahnemann surtout qui a eu l'incontestable mérite de ne pas confondre, à l'exemple de ses contemporains, les végétations avec la syphilis, et de leur assigner une origine

distincte, un rang spécial. Il faut le louer d'avoir établi cette distinction, en reconnaissant que celle-ci n'a pas toute la netteté désirable. La sycose est pour le médecin allemand un *miasme,* ou virus distinct, qui pénètre et imprègne l'organisme (tout comme le virus syphilitique), et qui a pour symptôme local nécessaire les *fics* ou *végétations.* Il rattache à ce miasme certaines gonorrhées, et, en outre, quelques accidents bien évidemment syphilitiques. Selon lui, « ce symptôme et la gonorrhée qui l'accompagne, c'est-à-dire la sycose entière, sont guéris de la manière la plus certaine et la plus radicale par l'usage intérieur du suc de thuya homœopathique en pareil cas. » Mais lorsque ce traitement n'a pas été appliqué, et qu'on a eu l'imprudence d'attaquer les fics par la cautérisation, l'ustion, l'excision ou la ligature, « on ne tarde pas à voir survenir, tantôt des excroissances analogues sur d'autres parties du corps, tantôt des élévations spongieuses, blanchâtres, sensibles et plates, dans la bouche, sur la langue, au palais, aux lèvres; tantôt de gros tubercules saillants et bruns dans les aisselles, au col, au cuir chevelu, etc.; ou bien il se manifeste d'autres affections, parmi lesquelles je ne citerai que le raccourcissement des tendons des muscles fléchisseurs, notamment de ceux des doigts (1). »

Il est bien évident que ces symptômes se rapportent à la syphilis, et qu'ils sont gratuitement attribués par l'auteur à la sycose. C'est non moins gratuitement qu'il a fait de ce prétendu miasme un virus imprégnant l'organisme, et qui se traduit par des symptômes constitutionnels. La sycose ne peut revendiquer d'autres manifestations qui lui soient propres que les végétations.

(1) *Doctrine homœopathique des maladies chroniques*, p. 133.

Après avoir fait la part de l'erreur de Hahnemann, nous ajouterons que sa distinction de la sycose ne manque pas plus de justesse que d'originalité. Il est avéré, en effet, que cette affection est contagieuse, surtout dans certains départements de l'enveloppe tégumentaire, et qu'elle se transmet aisément et directement par le commerce vénérien, sans produire jamais à la suite aucun phénomène syphilitique. Il n'est pas moins certain que, dans beaucoup de circonstances, cette manifestation épigénique, loin de se localiser isolément au lieu de l'insertion originelle, se répand aussi dans les zones voisines, parfois même jusqu'en des localités plus ou moins éloignées.

La fréquente simultanéité de son apparition au milieu des affections syphilitiques et blennorrhagiques a pu faire croire longtemps à la paternité légitime de ces dernières, avec d'autant plus de raison que, nées à la suite d'un commerce suspect, on attribuait exclusivement au même virus, générateur de tant de maux vénériens, tous les produits anormaux végétant sur les organes génitaux contaminés.

Or, l'observation démontre catégoriquement que la syphilis n'a aucun pouvoir de causalité sur les végétations, et que celles-ci, — dans leur état d'isolement, — en se reproduisant elles-mêmes sur un organisme sain, n'enfantent jamais aucun des symptômes syphilitiques (1). C'est ce que

(1) Parmi de nombreux exemples, j'ai eu assez longtemps sous les yeux un jeune homme atteint de végétations en chou-fleur près du filet, lesquelles, malgré l'excision, repullulèrent plusieurs fois. Sur le point de contracter mariage, il en ajourna la date d'après mes conseils. Se croyant bien guéri, n'ayant jamais eu d'ailleurs d'autre affection vénérienne, il devança ensuite de quelques semaines l'époque décidée. Un mois après, je constatais sur sa jeune femme plusieurs masses végétantes, les unes sessiles, les autres pédiculées, siégeant sur la fourchette et l'entrée du vagin, récemment développées. La jeune mariée n'avait alors et n'a jamais eu depuis aucun autre accident.

reconnaissent aujourd'hui le plus grand nombre des syphilographes qui voient dans ce produit accidentel une lésion étrangère à la syphilis.

Cependant, nous ne voulons pas affirmer que l'écoulement blennorrhagique ou les poussées syphilitiques soient absolument sans influence sur le développement des végétations. Il nous paraît, au contraire, que le travail morbide, dont certaines régions spéciales sont affectées alors, les rend plus aptes à la formation et à l'évolution sycosiques. L'état de grossesse rentre dans les mêmes conditions favorables à ce développement.

Ainsi, la syphilis peut jouer, à la rigueur, le rôle de cause morbide prédisposante à l'égard des végétations, sans que ces dernières constituent pour cela un symptôme et encore moins une forme syphilitiques.

En définitive, blennorrhagie, végétations, syphilis, tous ces états contre nature peuvent se superposer sur un même individu et, en quelque sorte, s'associer sans se confondre, chacun d'eux, puisé à sa source respective, obéissant à sa loi propre, parcourant ses évolutions naturelles, conservant ses aspects originaux, réclamant des indications curatives distinctes. Et, s'ils peuvent s'influencer réciproquement, ce n'est jamais au point de perdre leur originalité, ou de s'échanger dans leur transmission.

Par conséquent, malgré la communauté d'origine vénérienne, ces trois affections ne sauraient être rattachées à la même unité.

§ 3. — Les formes de la syphilis ne sont point en rapport avec l'idiosyncrasie.

Ainsi limité, si nous considérons le domaine véritable de la syphilis, nous avons encore à refuter la seconde hypo-

thèse erronée des identistes, d'après laquelle la diversité seule des idiosyncrasies peut expliquer la diversité des accidents syphilitiques. Cette hypothèse est d'ailleurs l'argument ordinaire et favori des médecins qui ne veulent pas concéder à la *graine* l'influence qu'ils rapportent au *terrain*.

Astruc, voyant des chancres bénins guérir spontanément, sans entraîner à la suite aucun des symptômes de la syphilis confirmée, supposait que le virus avait été détruit, surmonté par la *force du tempérament* (1). D'autres ont expliqué la forme maligne ou phagédénique des chancres par l'état organique de l'économie au moment de l'infection. M. Lagneau, par exemple, en attribuait la raison soit à une *disposition scorbutique générale* (2), soit à une *excitation* concomitante de la *muqueuse gastrique* produite sympathiquement ou consécutivement à l'action prolongée du mercure (3). De même M. Ricord faisait intervenir, dans la même circonstance, quelque *affection viscérale* concomitante, le plus souvent un *mauvais état des voies digestives*, causes contre lesquelles on devait diriger, selon lui, avant tout et surtout, le traitement.

Causes parfaitement illusoires selon nous. Non point que l'idiosyncrasie ou que des maladies intercurrentes restent sans influence sur la gravité ou la durée des accidents syphilitiques; mais parce que, d'après l'observation la plus banale, la bénignité ou la malignité de ces accidents n'est nullement en rapport avec la force de la constitution des sujets ou leur degré d'aptitude à d'autres maladies. Pour nous du moins, distribuant tous les faits qui ont passé sous nos yeux d'après les formes que nous avons établies, nous

(1) *Loc. cit.*, t. III, p. 268.
(2) *Dict. de méd.*, en 30 vol., art. *chancre*, p. 256.
(3) *Traité prat. des mal. syph.*, t. I, p. 240.

avons cherché vainement ces concordances entre la constitution des malades et la diversité des accidents; force nous a été de reconnaître que c'était là une œuvre puérile. Même, pour la seule forme confirmée, ne voit-on pas, tous les jours, les sujets les plus robustes en proie à des symptômes véhéments qui épargnent les plus chétifs?

C'est ce que M. Bassereau a démontré avec une insistance qu'on peut dire excessive. Examinant avec soin plusieurs centaines de malades atteints de syphilis confirmée, au point de vue de la constitution, du tempérament, de l'idiosyncrasie, des prescriptions hygiéniques, de l'âge, du sexe, des saisons, des maladies actuelles ou antérieures, etc., etc., ce laborieux observateur a reconnu que la bénignité ou la gravité des symptômes n'était nullement proportionnée aux influences des conditions individuelles, et que, dans la catégorie du chancre infectant comme dans celle du chancre non infectant, il existe à peu près le même nombre de sujets doués de constitutions faibles, de tempéraments dits lymphatiques, peu soucieux ou ignorants de l'hygiène, exposés au froid, vivant dans la misère, la privation et les excès. De sorte que, dans l'espèce, ces conditions ne prouvent rien. Cette conclusion est peut-être exagérée. On peut affirmer, au moins, que le résultat de ces influences accidentelles, secondaires ou variables n'est pas dans un rapport constant et défini avec les formes essentielles, fixes et primordiales de la maladie.

Faisant avec raison peu de cas de ces banalités, Melchior Robert admettait, dans la constitution des individus, relativement à la syphilis, trois degrés d'idiosyncrasie préétablis par l'hérédité :

1° La *disposition* morbide au plus haut degré, due à l'ab-

sence de tout accident syphilitique chez les ascendants, — en vertu de laquelle se développeraient surtout les accidents dits constitutionnels;

2° L'*immunité*, due à la contamination des ascendants par ces symptômes à une époque voisine de la conception, — d'où résulterait la préservation des descendants aptes seulement à la plus simple expression de la maladie;

3° L'*indifférence* ou la *neutralité* absolue de l'organisme, — état le plus habituel pour la transmission.

Ainsi, dans cette théorie, la forme des accidents tiendrait, non à l'état de la constitution individuelle, mais à la présence ou à l'absence de la syphilis sur les parents avant la naissance de leur héritier.

Jusqu'ici l'on ne connaissait guère que les fâcheuses conséquences de la succession syphilitique. D'après l'opinion nouvelle, « contrairement aux idées qui ont cours dans le monde, la *pureté* du sang serait donc un triste héritage, puisqu'elle prédisposerait les enfants à la syphilis constitutionnelle (1). » L'*impureté* du sang est-il un legs préférable lorsque l'on connaît les suites qui lui sont si souvent attachées ? Ce paradoxe ne soutient point, d'ailleurs, l'examen. On pourrait bien admettre, à la rigueur, que l'absence de la syphilis confirmée des parents engendre la prédisposition sur les enfants, et, son développement chez les premiers, l'immunité chez les seconds; — mais comment concevoir l'*indifférence ?*

Au reste, tout cet échafaudage s'écroule aux premiers souffles de l'observation. Que l'on choisisse les générations les plus diverses comme les constitutions les plus opposées, la syphilis, se transmettant habituellement dans sa forme, juge péremptoirement la question.

(1) Melchior Robert. *Nouveau traité des maladies vénériennes*, p. 311.

En définitive, l'état de la constitution, — soit chez les malades, soit chez leurs ascendants — ne tient pas sous sa dépendance les formes de la syphilis. L'on peut dire que les arguments tirés du *milieu* ou du *terrain* ne sont pas soutenables. Il est vrai que ceux qui sont déduits de la *graine* ou du *poison* ne sont pas meilleurs.

CHAPITRE II

SYNTHÈSE DES FORMES SYPHILITIQUES.

Nous avons présenté (p. 36-40) l'historique du système dualiste de la syphilis. Le moment est venu de le juger à son tour.

Ses partisans, comme on le sait, attribuent les différences formelles de la maladie à une différence essentielle du virus. Le chancre simple et le chancre phagédénique n'appartiennent point à la syphilis; celle-ci serait donc constituée uniquement par le chancre infectant et ses suites constitutionnelles.

La grande, on pourrait dire la seule préoccupation du dualisme est, d'après le langage de ce système, l'infection générale ou constitutionnelle. C'est le seul *criterium* nosologique accepté. Suivant qu'il y a ou non infection, il faut admettre ou répudier la nature syphilitique de la maladie.

Sans doute, il y a là une considération de haute valeur; une ligne de démarcation très-nette sépare l'ulcération simble des accidents de la forme confirmée. C'est là un fait qu'on aurait mauvaise grâce à contester, d'autant plus qu'il rallie autour de lui un ensemble de caractères d'une portée évidente

pour la pratique. Mais il ne faut pas en exagérer la signification. Dans les diathèses, dans les maladies constitutionnelles surtout, à côté des formes à localisations multiples, graves, parfois permanentes, on trouve généralement une forme bénigne à manifestations simples, éphémères ou restreintes. La goutte, qui se caractérise par quelques fluxions tendineuses ou synoviales isolées et légères, ressemble peu à la forme habituelle, fixe ou noueuse qui désorganise la plupart des articulations, ou à la goutte anomale se promenant sur les viscères et portant le désordre dans l'économie. La scrofule bornée à quelques croûtes de lait, à l'ophthalmie palpébrale, aux oreillons ou à l'otorrhée, diffère singulièrement de la forme qui multiplie les engorgements glandulaires, les lésions cutanées et osseuses, produit la phthisie ou le carreau. Le rhumatisme mono-articulaire ne diffère pas seulement du rhumatisme généralisé par sa localisation, mais encore par l'ensemble de ses autres caractères et surtout par sa durée. Il en est de même pour les formes de la syphilis.

La forme simple diffère de la forme confirmée d'une manière remarquable. Mais est-ce tout? La syphilis originelle du quinzième siècle, — avec son pouvoir contagieux si considérable, sa propagation si rapide, sa lèpre si hideuse, ses douleurs si violentes, sa gravité si habituelle, — n'est-elle point singulièrement différente de la forme vulgaire que nous voyons? Ne peut-on en dire autant du pian, du sibbens, du sckerljevo, et, sans aller si loin, de la syphilis congéniale aiguë des nouveau-nés? Est-ce que l'ulcération simple, — caractérisée par quelques ulcérations promptement cicatrisées en quelques semaines, — serait sous la dépendance du même virus que l'ulcère malin, rongeur et hideux, qui, rebelle aux moyens de répression les plus énergiques, s'a-

charne aux malades pendant de longues années, mutile leurs organes, mine leur constitution et parfois entraîne la mort? Est-ce que la maladie, — cette disposition contre nature du composé vivant, — n'est point générale, dans la véritable acception du mot, parce qu'elle se borne à des lésions uniques et localisées? D'où vient donc la loi de ses évolutions dans le chancre phagédénique comme dans l'ulcération confirmée ? Quand on met en avant un système, c'est pour l'ajuster à tous les cas. Or, si la diversité des effets a pour raison d'être la diversité des principes morbifiques, il faut bien logiquement reconnaître pour chaque forme morbide un virus spécial.

En attendant que les dualistes contemporains suivent l'exemple de Carmichaël, ils s'en tiennent pour le moment à la prétention modeste de deux virus, motivant cette dichotomie d'après des caractères que nous devons soumettre à un examen scientifique. On les trouve ces caractères reproduits en regard sur deux triomphantes colonnes par les intrépides partisans de la secte nouvelle. Nous en empruntons le manifeste habituel à l'un de ses interprètes les plus autorisés et les plus récents :

« Quant à moi, — dit M. Diday, — quand je vois

« D'une part,	D'autre part,
« Un ulcère dur,	Un ulcère mou ;
« A incubation de deux ou trois septenaires,	Sans incubation ;
« A processus d'inflammation adhésive (H. Lee),	A processus d'inflammation suppurative ;
« Irréinoculable au sujet qui le porte,	Réinoculable indéfiniment au sujet qui le porte ;

(1) *Histoire naturelle de la syphilis*, Paris, 1863, p. 9.

« D'une part,	D'autre part,
« Non abortible,	Avortant toutes les fois qu'il a été complétement détruit ;
« Exclusif à l'espèce humaine,	Transmissible à plusieurs espèces animales ;
« Constamment accompagné (chez les sujets indemnes) d'une adénopathie constamment indolente,	A adénopathie non constante, mais suppurant à l'instar de l'ulcère qui en est le point de départ ;
« Produisant toujours à terme fixe une série de symptômes généraux caractéristiques,	Bornant toujours son action à un effet local ;
« Susceptible à l'influence curative de quelques remèdes généraux, dits spécifiques,	Échappant complétement au pouvoir des spécifiques ;
« N'affectant qu'une seule fois le même individu de la même manière,	Se reproduisant et avec la même intensité sur un individu autant de fois qu'on le lui inocule ;

« Ma raison, mon simple bon sens, se refusent à croire que ce soient là deux dérivés d'un même principe morbide. »

Cette perspective pittoresque de symptômes — arrangés en manière de trompe-l'œil — se réduit à quelques caractères dont nous devons faire l'examen avec d'autant plus de soin que de cette analyse comparée se déduit la démonstration plus rigoureuse de la synthèse de la syphilis.

§ 1. — Des caractères du chancre.

Toutes les formes de la syphilis acquise et vulgaire ont pour caractère commun, primordial, nécessaire et essentiel, le chancre : c'est le symptôme primitif unique, l'accident syphilitique par excellence. Expression pathognomonique constante de la maladie, l'ulcération chancreuse virulente ne se





retrouve point en aucune autre. Elle est à la fois l'élément le plus fidèle et le plus certain de la syphilis.

Le chancre a lui-même pour attributs essentiels :

L'*ulcération*,

La *tendance envahissante*,

La *virulence*.

Quel que soit l'élément anatomique initial du chancre, son aspect définitif est l'ulcération.

L'ulcération formée, sa tendance naturelle est d'envahir et de ronger. — dans une certaine limite et pendant un temps déterminé, — les tissus voisins.

Cette ulcération a la propriété de reproduire par son pus une lésion généralement semblable à l'ulcération mère.

De ces trois attributs du chancre, le dernier doit nous occuper quelques instants.

Quelle est, — dans l'ulcération chancreuse, — la condition de la virulence ? — Le pus.

L'ulcération chancreuse constitue au plus haut degré le foyer virulent. Autour de ce foyer primitif rayonne bientôt une sphère d'activité également virulente, c'est-à-dire apte à la formation de nouveaux foyers chancreux. Cette particularité explique très-bien : l'apparition successive de chancres multiples après un seul contact suspect; l'inoculation des érosions ou des piqûres pratiquées dans le voisinage; l'insuffisance de l'excision et de la cautérisation, — quelques jours après le début, — à détruire l'ulcération renaissante ou rebelle ; l'inaptitude ordinaire d'une plaie faite à distance à revêtir le caractère chancreux. Or, même dans cette sphère d'activité virulente, le pus est la condition et devient l'agent essentiel de la contagion ; témoin l'expérience suivante de Melchior Robert :

« Nous avons inoculé sans aucun résultat, d'un malade à un autre, le sang puisé à la surface des plaies produites par l'excision du chancre simple et du chancre induré. Les inoculations ont été négatives pendant les trois premiers jours qui suivent l'excision. Mais, dès que la suppuration s'est rétablie à la surface des plaies, c'est-à-dire vers le quatrième jour, la matière sécrétée est devenue inoculable, et, qui plus est, l'induration s'est reproduite dans certaines limites au-dessous de ces plaies lorsqu'il s'agissait de chancres indurés (1). »

Si le pus est la raison d'être de la virulence chancreuse, l'énergie de la contagion doit se trouver, en conséquence, adéquate à l'activité de la suppuration.

Ceci nous explique déjà l'inégalité du pouvoir contagieux dans les diverses formes syphilitiques. Dans la syphilis simple où le caractère inflammatoire est plus aigu, la suppuration plus prononcée, la capacité contagieuse se trouve à la fois plus énergique et plus étendue que dans le chancre confirmé, où l'abondance du pus est médiocre et son élaboration incomplète.

C'est ce qui nous fait comprendre encore comment, sous la lancette de M. Rollet, l'insertion du pus chancreux simple à la surface du chancre induré a pour résultat d'élargir ou de creuser la surface ulcérée de ce dernier, d'activer sa purulence et de lui transmettre l'inoculabilité qu'il n'avait point sur le porteur; — tandis que l'application du pus de chancre induré à la surface de l'ulcération simple reste sur les propriétés de cette dernière sans effet.

Enfin, c'est ce qui nous fait comprendre comment il suffit, en quelques circonstances, d'exciter la formation des globules purulents dans l'ulcération confirmée pour élever, au moins de quelques degrés, le niveau de son pouvoir de transmission ou de reproduction. A l'appui de cette thèse, nous

(1) *Nouveau traité des maladies vénériennes*, p. 320.

devons résumer ici les deux expériences de M. H. Lee (1).

I. Un jeune homme avait sur le fourreau un chancre huntérien bien dessiné, dont la sécrétion examinée au microscope ne parut pas contenir un globule de pus au moment de son insertion successive. Trois séries d'inoculations, faites chacune à deux jours d'intervalle, restent sans aucun résultat.

On applique un petit vésicatoire sur l'ulcère, lequel, au bout de quarante-huit heures, se couvre d'une sécrétion puriforme que l'on inocule sur plusieurs points de la cuisse. Deux jours après, l'ulcère ne sécrétant plus de pus, on inocule de nouveau le fluide exhalé à sa surface. Enfin on l'irrite de nouveau par une application de sabine, et l'on inocule derechef l'exhalation puriforme qui en résulte. — De ces trois séries d'inoculations, les premières et les dernières offrent seules un résultat positif (lorsque l'ulcère fournissait du pus) ; les deuxièmes échouent (lorsque le fluide avait perdu l'aspect puriforme).

Les résultats de l'inoculation ont consisté en petites taches circulaires, papuleuses, sans induration, l'une avec un peu de tendance à s'ulcérer, une autre pustuleuse, une troisième vésiculeuse ; cette dernière inoculée de nouveau a réussi.

II. Une jeune fille porte deux chancres indurés primitifs en voie de progrès, dont la sécrétion au microscope est reconnue exempte de globules purulents. Deux séries d'inoculations sur la malade restent sans résultats.

Pansés avec la sabine, les chancres présentent une abondante sécrétion manifestement purulente qui sert à de nouvelles inoculations. Il en provient le troisième jour une petite pustule, laquelle inoculée à son tour en plusieurs points donne un résultat positif qui persiste environ trois semaines.

Ainsi, les résultats de l'inoculation se sont trouvés positifs ou négatifs sur le porteur, suivant que le fluide expérimenté contenait ou non des globules purulents. Il faut toutefois remarquer que ces effets de la réinoculation du chancre confirmé sont moins décisifs à la suite de l'irritation simple par

(1) *The Lancet*, 13 septembre 1863.

le vésicatoire ou la sabine que sous l'influence du pus spécifique; ce qui confirme d'ailleurs notre opinion à l'appui de l'inégale virulence du pus chancreux dans les diverses formes de la syphilis.

Ces trois attributs sont constituants du chancre : ils se retrouvent dans l'ulcération primitive de toutes les formes de la syphilis, — à des degrés divers. A ces degrés se joignent d'autres caractères accessoires, simples accidents de configuration, d'étendue ou de durée. Et de l'ensemble de ces variations résultent les trois catégories de chancres en rapport avec les formes acquises. Aussi le chancre est : — mou, taillé à pic ou dentelé, profond, grisâtre, chagriné, suppuré ou sanieux, légèrement douloureux et multiple dans la forme simple ; — mollasse, pultacé, livide, à bords décollés ou renversés, sinueux, isolé, nomade, térébrant ou serpigineux, lancinant, chronique, rebelle dans la forme maligne ; — dur, saillant, adhérent, cupuliforme, lisse, peu profond, à peine humide, indolent, unique dans la syphilis confirmée. Ces catégories constituent non des espèces, mais de simples variétés.

Ce triple aspect, souvent si caractéristique, est loin de se présenter avec ces signes accentués, soit dans chaque cas, soit surtout dans toutes les périodes de l'ulcération. Ces nuances, dans beaucoup de faits, se fondent mutuellement les unes dans les autres. Au début surtout et jusqu'à la période de l'induration, elles se confondent même à peu près totalement. Et cela est si vrai, que les syphilographes les plus autorisés confessent très-humblement qu'ils ne sauraient, à ce moment de leur évolution, les distinguer. Élèves de M. Ricord, les dualistes ne récuseront pas sa vaste expérience lorsque le maître fait cette déclaration : « Le diagnostic du chancre présente souvent assez de difficultés



pour tenir en échec le jugement des praticiens les plus exercés... Les formes (aspects) que prend au début le chancre induré sont les mêmes que celles du chancre simple... Quelque tranchés, quelque spéciaux que puissent être les caractères extérieurs du chancre, ils ne suffisent pas à établir d'une façon péremptoire et absolue le diagnostic de cette affection (1). » Et M. A. Fournier : « S'agit-il d'un chancre infectant, s'agit-il d'un chancre simple : souvent, trop souvent le problème reste insoluble pour le médecin le plus instruit, pour le spécialiste le plus expérimenté (2). » M. Diday lui-même reconnaît-il ses propres paroles ? « Avant de porter un pronostic, — dit ce dernier, — avant d'écrire une ordonnance surtout, prenez le temps nécessaire pour étudier la lésion. Il existe, à la vérité, des cas tranchés, des indurations hâtives qui, même dès les premiers jours du chancre, ne laissent aucun doute sur sa signification. *Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi...* (3). » Conseils très-sages assurément, mais peu d'accord avec la dichotomie tout à l'heure si caractéristique des deux espèces d'ulcération (4). Comment, après de tels aveux, parler encore des caractères

(1) *Leçons sur le chancre*, 1858.
(2) Thèse, 1860.
(3) *Loc. cit.*, p. 188.
(4) Il serait facile d'emprunter aux exemples mêmes de M. Diday plus d'un témoignage à l'appui de notre thèse. Je rapporte seulement les extraits suivants de deux observations de son appendice (*loc. cit.*, p. 255).

OBSERVATION IX. — ...19 *janvier*. Petit bouton sur le filet. Le 27, je vois une érosion *que je crois être une chancrelle ;* je la cautérise avec la pâte de Canquoin. Le 9 *février*, cette cautérisation abortive a échoué ; je constate de l'induration avec son adénopathie caractéristique... 28 *mars*, céphalée, roséole, etc., etc.

OBSERVATION X. — ...*Érosion* du gland un mois après le contage, *il y avait si peu d'induration*, que je la pris d'abord pour un chancre *simple* (sept semaines après, accidents constitutionnels)....

Voilà les leçons de la pratique.

spécifiques du chancre infectant et non infectant ? « Quoi ! s'écrie dans son juste étonnement M. Langlebert (1), voilà deux lésions externes, visibles, tangibles, que vous pouvez observer, examiner, étudier tout à votre aise ; ces deux lésions sont, dites-vous, d'essence, de nature absolument différente, et cependant rien dans leurs signes objectifs, dans leurs caractères sensibles, ne vous permettrait de les distinguer l'une de l'autre ? Eh bien ! je vous le dis, ou votre théorie est fausse, ou la nature est ici en pleine contradiction avec les lois qu'elle a elle-même établies. Choisissez. »

Cependant, suivons avec patience le parallèle tracé par les dualistes. — Il s'agit toujours du chancre.

A. — *L'incubation.* — Ce caractère n'a pas dans l'espèce l'importance qu'on lui accorde. On ne saurait trouver rien d'absolu dans son défaut, son existence ou sa durée.

S'il est vrai, d'une manière générale, que l'incubation chancreuse soit ordinairement moins prolongée dans la syphilis simple que dans la syphilis confirmée, et, dans celle-ci, à la suite de la contagion primitive qu'à la suite de la contagion secondaire, — on ne peut voir encore là qu'une question de degré ne justifiant pas la distinction radicale systématiquement établie.

Le chancre simple n'incube-t-il *jamais ?* Le chancre induré incube-t-il *toujours ?*

Sous la lancette, l'incubation fait souvent à peu près égal défaut des deux côtés. M. Ricord dit pour le chancre en général : « Le travail morbide s'établit du moment où la cause spécifique est mise en contact avec les tissus. » Et pour le chancre infectant : « L'expérimentation directe démontre surabondamment que l'incubation n'existe pas, dans la vé-

(1) *Loc. cit.*, p 341.

ritable acception du mot (1). » — Melchior Robert : « Lorsqu'on insère sur un individu sain du virus de chancre infectant, l'inoculation suit une marche identique à celle que l'on observe dans les inoculations du virus de chancre mou. Dans aucun cas, nous n'avons noté le phénomène de l'incubation indiqué par les auteurs (2). » — Suivant M. Bassereau, le promoteur distingué du dualisme : Après l'inoculation du pus de chancre infectant, « une auréole inflammatoire commence ordinairement à se manifester autour de la piqûre, au bout de 24 ou 36 heures. Le troisième ou le quatrième jour, quelquefois même vers la fin du deuxième, la piqûre est surmontée d'une vésicule, etc., etc., etc. (3). »

Si la clinique ne répond pas absolument de la même manière, cela tient d'abord à ce que les conditions changent : l'on ne saurait identifier, au point de vue qui nous occupe, la contagion naturelle avec l'inoculation artificielle du pus sous l'épiderme. Lorsque ces conditions sont identiques, c'est-à-dire, lorsqu'une érosion, une gerçure, une solution de continuité quelconque, reçoivent le contage dans l'acte vénérien de la même manière que par l'insertion de la lancette, le travail morbide s'établit plus souvent d'emblée. L'on peut voir dans la thèse de M. Buzenet (4) l'exemple d'un malade qui, portant sur la lèvre inférieure une égratignure produite par un coup d'ongle, présenta dans ce point, — deux jours après la contagion directe, — les premiers indices d'un chancre infectant.

Maintenant, — dans les circonstances ordinaires, — le

(1) *Loc. cit.*, p. 27 et 80.

(2) *Loc. cit.*, p. 308.

(3) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la Syphilis.* Paris 1852, p. 135.

(4) Buzenet, *Études sur le chancre céphalique*, 1858, p. 21.

chancre simple, en particulier, n'incube-t-il jamais? On voit beaucoup d'exemples où ce dernier n'apparaît que quelques jours après la contamination. L'on peut en croire M. Fournier, qui a fait une étude expérimentale si approfondie de la contagion syphilitique. Fervent dualiste, il reconnaît cependant une incubation de 3 à 4 jours au chancre simple.

Le chancre dit infectant a-t-il toujours une incubation prolongée? — Ce qui montre bien l'inconstance de ce caractère, c'est le désaccord de nos adversaires à son égard. La statistique de M. Fournier, sur 11 cas, donne un peu plus de 5 jours d'incubation en moyenne (c'est-à-dire quelques heures de plus que pour le chancre simple); celle de M. Poncet, sur 38 cas, 8 jours; celle de M. Diday, pour 29 cas, 14 jours. Noter que tous ces chiffres n'expriment que des moyennes. Dans ces derniers temps, ce caractère grossissant toujours aux yeux complaisants des dualistes, MM. Nodet, Belhomme et Martin ont porté avec M. Rollet la moyenne de sa durée à 25 jours.

Nous avons cité tout à l'heure des cas dans lesquels l'apparition du chancre, dit infectant, a lieu d'emblée. Nous y ajouterons le fait suivant :

« Je donne en ce moment des soins, dit M. Langlebert, à un jeune homme sur le prépuce duquel trois énormes chancres infectants se sont produits *vingt-quatre heures après* le contact virulent (1). »

M. Ricord a publié dans sa *clinique iconographique* plusieurs observations où le début du chancre infectant est noté après le contact virulent :

Le *lendemain* (pl. 17 *bis*) ;
Deux jours après (pl. 14) ;
Deux ou trois jours après (pl. 20) ;

(1) *Loc. cit.*, p. 361.

Le *troisième jour* (pl. 16) ;
Le *sixième jour* (pl. 17).

M. Bassereau, comparant l'évolution de chancres infectants développés simultanément à des blennorrhagies, contractés à la même époque et à la même source que ces dernières, conclut : « Le chancre (infectant), dans trois cas, a paru avant la blennorrhagie, *du troisième au cinquième jour* après les rapports contagieux (1). »

Dans une observation de Melchior Robert, *trois jours* après la contamination, un chancre induré apparaît à la lèvre d'un malade (2).

M. Zélaschi, inoculant le pus d'un chancre induré type sur le sujet, obtient le *quatrième jour* la pustule caractéristique (3).

Nous verrons enfin, dans l'une des observations rapportées un peu plus loin, l'exemple d'un chancre, suivi de ses accidents confirmés, pleinement développé du *quatrième au cinquième jour* authentique de la contagion.

Voilà quelques exemples très-suffisants qu'il serait facile de multiplier considérablement. Ils n'infirment nullement, à notre avis, les témoignages qui ont conduit à admettre l'incubation prolongée de la syphilis confirmée, mais seulement la conclusion beaucoup trop radicale que l'on en a voulu tirer au point de vue nosologique en question.

B. — *Caractère abortible.* — Il faut croire que ce caractère séméiotique, dévolu au chancre simple, a une bien médiocre valeur, puisque ni M. Nodet ni MM. Belhomme et Martin, si minutieux dans l'énumération de leurs signes différentiels, n'en ont souci.

(1) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 127.

(2) *Loc. cit.*. p. 354. Les faits abondent dans le livre de cet excellent auteur. On peut citer encore sur le même sujet celui qui est consigné p. 514.

(3) *Gaz. méd. des États Sardes*, 1er décembre 1851.

M. Ricord témoignait autrefois, et M. Sigmund, de Vienne, pense encore aujourd'hui que la méthode abortive est toute puissante avant le quatrième ou le cinquième jour qui suit l'époque de la contagion *pour tout chancre indistinctement*. Bien que cette prétention thérapeutique ne soit pas, malheureusement, souvent justifiée, on peut l'accepter sans restriction et la mettre à profit à titre d'indication thérapeutique très-légitime dans la limite de son opportunité. Mais comment déterminer, avant le 4e ou le 5e jour, le caractère présumé infectieux du chancre naissant? L'induration seule, de l'avis universel, peut lever les doutes. Jusque-là donc, il reste toujours fort obscur si l'on opère sur un chancre de la syphilis simple ou non. Or, c'est justement cette équivoque qui fait la fortune du dualisme. Si, après l'incision ou la cautérisation, le chancre ne repullule pas, c'est parce qu'il était simple; si, comme le phénix, il renaît de ses cendres, c'est qu'il est ou sera infectant : explication commode sans doute, mais non moins gratuite, et par là dépourvue de tout crédit sérieux.

C. — *L'induration.* — Selon nous, le chancre qui s'indure n'est plus le chancre : du moins, c'est le chancre transformé dans son aspect, dans ses éléments, dans ses propriétés. Cette transformation est la première localisation manifeste de l'état constitutionnel proprement dit. Comparer le chancre déjà induré à l'ulcération simple, c'est réunir dans un même parallèle deux lésions, sinon de nature, au moins d'évolution et d'ordre différents. Ce n'est point le chancre induré qui engendre ou remorque la syphilis constitutionnelle : l'induration est déjà le fait accompli, le signe caractéristique de ce retentissement.

Quelque considérable que soit l'importance séméiotique

de ce symptôme, il ne peut servir d'attribut essentiel au chancre suivi d'infection. Chancre dur et chancre infectant ne sauraient être synonymes. Il y a des chancres indurés sans accidents constitutionnels, et, de même, des symptômes confirmés sans chancres durs.

a. Induration sans accidents constitutionnels. Nous en avons rapporté des exemples (p. 234). Melchior Robert en cite sur les hommes plusieurs observations (1).

Cette particularité a été même observée chez la femme. « Dans un autre (cas), dit M. Ch. Leroux (2), l'induration persista au même degré après trois mois de traitement mercuriel chez une malade qui n'eut jamais d'accidents secondaires. » M. Diday en a lui-même, dans son mémoire sur la *réinfection syphilitique*, produit trois observations.

Dira-t-on que, dans ces cas, ces symptômes isolés sont le résultat d'une immunité acquise par une infection constitutionnelle antérieure du sujet ? Mais cette objection n'est pas susceptible de s'adresser à beaucoup de faits où il a été permis de constater l'absence d'antécédents syphilitiques confirmés.

b. Accidents constitutionnels sans induration. Il y a longtemps que M. Ricord a dit : « L'induration de la base du chancre n'a d'importance réelle dans le diagnostic que lorsqu'elle existe, car, je le répète, des chancres privés de ce caractère n'en conservent pas moins toutes leurs propriétés, tant sous le rapport de la contagion que sous celui des accidents consécutifs (3). »

Il y a longtemps aussi que nous avons signalé, avec

(1) *Loc. cit.*, p. 329.

(2) Ch. Leroux, *une année à l'hôpital de Lourcine*, p. 21, thèse inaugurale. Paris, 1855.

(3) *Notes. Loc. cit.*, p. 425.

A. Deville, la rareté de l'induration chancreuse des organes génitaux chez la femme : « Autant, disions-nous (1), les chancres indurés sont fréquents chez les hommes, autant ils sont rares chez les femmes; proportion absolument inverse quant aux plaques muqueuses. » Tous les médecins qui ont observé à l'hôpital de Lourcine sont unanimes à cet égard. Entre tous, l'autorité de mon ancien maître, M. Cullerier, a un poids considérable : « Je crois, — dit ce modeste et savant praticien, dans son remarquable rapport à la société de chirurgie, en 1855, — je crois que le chancre le plus simple, le plus exempt d'induration locale, peut être suivi d'accidents constitutionnels. Tous les jours, je suis témoin de faits semblables chez nos malades de Lourcine; et ici je fais appel à tous ceux de nos collègues qui ont passé par cet hôpital, afin qu'ils disent s'ils n'ont pas vu comme moi de ces exemples en grand nombre. » L'un des chirurgiens du même hôpital, M. Alphonse Guérin, a fait (1864) le même aveu : « Les chancres indurés sont plus rares chez la femme que chez l'homme. A Lourcine, avec la plus scrupuleuse attention, nous n'en voyons pas une trentaine par an (2). » A Marseille, M. Pirondi (3), sur 137 chancres féminins, ne mentionne pas même une fois l'induration, ce qui témoigne au moins, — et d'ailleurs à tort, — du peu d'importance qu'il attache à cette lésion sur le sexe en question. Melchior Robert, sur une statistique de 36 cas pris au hasard sur les femmes atteintes d'ulcérations primitives, trouve seulement quatre chancres avec une induration circonscrite bien formulée (4). Enfin, en Angleterre, cette pro-

(1) *Mémoire sur les plaques muqueuses*, 1845, p. 66.
(2) Alph. Guérin, *Malad. des org. génit. de la femme.* 1864.
(3) *Notes cliniques de l'année* 1856.
(4) *Loc. cit.*, p. 375.

portion a été rencontrée un peu plus forte par le docteur H. Lée. Dans l'une de ses statistiques, sur 71 cas de chancres chez les femmes, il a pu noter 19 fois l'induration, tandis que chez les hommes, sur 95 cas, il l'a reconnue 51 fois.

Il est aussi des zones de l'économie où le chancre ne s'indure guère : tel est, par exemple, le col utérin. « L'induration, dit M. A. Guérin, ne s'observe presque jamais à la base des chancres du col de l'utérus. »

Au contraire, on trouve d'autres localités où l'induration est tellement fréquente et habituelle, que l'on a nié pendant un temps l'existence dans ces mêmes parties du chancre simple : nous voulons parler de la région céphalique. M. Ricord a pu soutenir, sans rencontrer d'abord de contradicteurs, qu'il n'existait dans la science aucun cas de chancre mou céphalique. Et ses élèves ont reproduit en chœur cette assertion. Ainsi, M. A. Fournier, sur 28 faits de chancres céphaliques, n'aurait pas rencontré une fois le chancre mou. Et M. Puche n'a pas été plus heureux sur 30 faits du même genre.

Depuis cette époque, d'autres faits appartenant à MM. Boys de Loury et Costilhes, Diday, Clerc, Rollet, Buzenet, Nadaud des Islets ont démontré que la tête n'est point réfractaire à la contagion ou à l'inoculation du chancre simple. Mais nous dirons avec MM. Belhomme et Martin : « En dépit de ces faits que l'on pourrait multiplier, le chancre mou céphalique n'en reste pas moins une exception (1). »

Comment concilier, en principe, ces variations de l'induration chancreuse, soit sur la femme, soit sur certaines régions de l'économie, avec la doctrine des dualistes? En leur laissant ce soin difficile, nous passons à une série de preuves plus directes.

(1) *Loc. cit.*, p. 461.

Ici nous n'avons que l'embarras du choix ; mais nous n'abuserons pas, outre mesure, du nombre de nos arguments.

Dans nos cartons, très-riches sur ce sujet, voici deux faits résumés sans autres réflexions. C'est l'observation banale, le menu fretin de l'hôpital.

OBSERVATION XXXII. — Syphilis confirmée : *Chancres mous, superficiels, œdème de la grande lèvre, symptômes secondaires, roséole.*

Augustine Gauthier, dix-huit ans, gilletière, entre le 21 août 1844, salle Saint-Bruno, 27, à l'hôpital de Lourcine (service de M. Cullerier). Malade pour la première fois.

Ulcération chancreuse molle, grise, douloureuse, à la commissure antérieure de la vulve, coiffée par le capuchon clitoridien œdématié bords un peu déchiquetés; prurit et élancecements.

Trois chancres plus petits, plus superficiels, également mous à la face interne des grandes lèvres, tendues, rouges, infiltrées.

Ganglions correspondants légèrement et régulièrement engorgés.

Rien ailleurs de particulier.

15 *septembre*. Développement des symptômes secondaires : courbature, douleurs céphaliques, engorgements cervicaux, disque sombre du sillon des ailes du nez, roséole générale. Les trois chancres des grandes lèvres sont entièrement cicatrisés ; aucune trace d'induration (traitement par le proto-iodure).

11 *octobre*. L'ulcération chancreuse de la commissure est cicatrisée à son tour, sans dureté. La roséole commence à s'éteindre.

8 *novembre*. Les taches roséoliques semblent reprendre une nouvelle intensité (fumigations de cinabre).

15 *novembre*. Tout a disparu. Sortie.

OBSERVATION XXXIII. — Syphilis confirmée : *Chancres mous, symptômes secondaires, lichen.*

Mathilde Jeammer, âgée de vingt ans, blanchisseuse, bonne constitution ; blennorrhagie antérieure de longue durée.

Elle entre salle Saint-Alexis, n° 21, hôpital de Lourcine (service de M. Cullerier), le 30 janvier 1844.

État actuel : ptyriasis du cuir chevelu, adénite post-cervicale ; macules érythémateuses sur le menton ; papules lichénoïdes arrondies, d'un rouge cuivré, saillantes et nombreuses sur les membres où elles deviennent plus apparentes par une position déclive, plus larges et un peu plus pâles sur le tronc, plus sombres sur les organes génitaux (1), où elles conservent d'ailleurs leur apparence cutanée. En examinant avec attention ces derniers, on trouve sur la face interne des grandes lèvres, à la fourchette, quelques ulcérations chancreuses peu nombreuses, étalées, à fond grisâtre, à bords nettement découpés, entourés d'une auréole sombre, sans aucune induration ; elles paraissent à l'état de cicatrisation commençante. Deux chancres à la marge de l'anus plus récents ; ils n'offrent point davantage de dureté. Engorgements ganglionnaires légers et multiples.

Traitement mercuriel par le proto-iodure ; fumigations de cinabre, cautérisations.

Au bout de quinze jours, tous les chancres sont cicatrisés, ils ne laissent aucune induration. Après un mois, les papules commencent à s'effacer d'abord sur le ventre. Le lichen a tout à fait disparu après deux mois de traitement.

Sortie de l'hôpital le 29 mars.

Parcourons quelques auteurs.

M. Ricord nous fait voir (2) un ulcère sans induration spécifique, suivi d'accidents constitutionnels.

M. Chausit a rapporté plusieurs observations très-concluantes (3) :

— Dans l'une, il est question d'une *syphilide squammeuse*, avec *iritis, diarrhée* et *cachexie*, chez une femme portant des chancres vulvaires *sans trace d'induration*.

— Une seconde concerne un cas de *syphilide papuleuse* avec

(1) On voit par cet exemple que les papules siégeant sur les membranes muqueuses ne constituent pas nécessairement des plaques. Cette dernière éruption existe d'aileurs le plus souvent à la peau.

(2) *Clinique iconographique*. Pl. 10.

(3) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. T. III, 1850.

iritis, précédée de chancres *non indurés*, et sans engorgement de l'aine.

— La troisième, résultat d'un viol sur une petite fille de dix ans, montre des chancres *non indurés* avec *pustules plates, herpès circinné* du cou et du visage.

Melchior Robert raconte l'histoire d'un jeune homme atteint d'un chancre mou du frein. « Observé avec attention et touché à chaque visite, ce chancre *n'offrit jamais la plus légère trace de dureté*. La plaie guérit en un mois sans laisser de dureté. » On donne congé au malade qui revient deux mois après avec une cicatrice imperceptible du chancre, poussée ganglionnaire aux deux aines, adénite post-cervicale, éruption varioliforme générale; plus tard angine, plaques muqueuses de la langue, croûtes impétigineuses (1).

Une femme observée à l'hôpital de Lourcine par M. Ramon Ochoa « présentait, dit ce dernier, à la partie interne de la grande lèvre droite, un chancre qui, en moins de six semaines, avait parcouru toutes ses périodes, ne laissant, à l'époque où je l'ai observé, qu'une très-légère rougeur *sans aucune induration*. Cependant elle avait la pléiade ganglionnaire et la roséole syphilitique (2). »

F. Gabalda a rapporté une observation d'un grand intérêt que nous résumons :

OBSERVATION XXXIV. — *Érosion simple suivie de syphilis confirmée.*

Un individu âgé de cinquante-huit ans, sujet aux éruptions herpétiques du gland, portait une éruption semblable survenue à la suite du coït, mais plus douloureuse qu'à l'ordinaire. Sous l'influence des cautérisations, les vésicules lui ayant paru guéries, il s'expose de nouveau à des rapports suspects, et s'aperçoit incontinent au même point d'une écorchure qui persiste. Le 11 mai 1861, onze jours après le premier examen, il n'y a pas

(1) *Loc. cit.*, p. 360.

(2) Ochoa. *Quelques considérations sur la syphilis*, p. 29, *Thèses de Paris* 1855.

la moindre induration à la base du petit ulcère, les ganglions inguinaux ne sont nullement engorgés. Le 23, l'ulcère persistait, mais la cicatrisation paraissait prochaine ; toujours absence d'induration et d'engorgements ganglionnaires. « Convaincu que j'avais affaire à un chancre simple, je dis au malade qu'il n'avait aucunement à en redouter les suites. Mais mon pronostic devait se trouver en défaut. » Un mois après, ce même petit chancre n'était pas encore cicatrisé. Les ganglions inguinaux s'étaient engorgés des deux côtés ; le bubon de droite s'abcéda. Dans les premiers jours de juillet, pendant que le bubon était en suppuration, il survint un mouvement fébrile, une roséole très-intense à larges taches ; un certain nombre devinrent papuleuses. En même temps, érythème guttural et dysphonie, etc., etc. (1).

Ce n'est pas seulement la vue, mais aussi la mémoire qui paraît faire défaut aux dualistes. J'ignore si l'un d'eux, alors chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, a conservé le souvenir d'une observation, — avec réflexion, — qu'il a imprimée en 1845. En tout état de cause, nous ferons notre profit de ce document curieux dont il faut retracer les traits principaux pour le jugement du procès et l'édification du lecteur.

Observation xxxv. — *Deux blennorrhagies et un chancre* non induré *récent pour tous symptômes antérieurs. Éruption d'une syphilide lenticulaire près de deux mois après l'apparition des chancres.*

G..., trente-trois ans, a eu, « il y a 6 ans, une blennorrhagie peu douloureuse qui, après 3 semaines de traitement adoucissant, fut heureusement et promptement coupée par le poivre cubèbe.

« ... le 1er janvier 1845, quelques jours après un coït suspect, il s'aperçut d'un nouvel écoulement blennorrhagique. Un régime délayant, puis quelques purgatifs et enfin des injections avec l'eau blanche suffirent pour opérer la guérison qui était

(1) Gabalda, *de la nature du virus syphilitique et de son unité. Art. médic.* Paris 1862, t. XV, p. 282.

achevée en moins de deux mois et demi. Bien avant cette époque c'est-à-dire le 20 janvier, le malade avait contracté un chancre à la partie inférieure de la verge et un peu à droite de la ligne médiane. Après avoir suppuré 8 à 10 jours, il se ferma; mais un autre chancre apparut sur le dos de la verge et à égale distance à peu près entre la racine de cet organe et le gland. Irrité par le traitement que lui conseilla un homme étranger à l'art, ce second chancre fit des progrès. Un engorgement se déclara à l'aine droite et le malade, ne pouvant plus travailler, entra à l'Antiquaille.

« ....A ce moment (25 mars), le chancre de la face dorsale de la verge présentait encore les caractères d'une ulcération virulente à la période de progrès. Le bubon était peu volumineux, mais la saillie formée par lui se détachait très-nettement de la surface environnante. *Rouge, douloureux à la pression, il faisait craindre la suppuration.* A la face inférieure de la verge paraît une cicatrice *extrêmement souple, sans vestige ni d'induration ni d'engorgement au pourtour*, c'est celle du premier chancre. Le prépuce laisse le gland à découvert ; on ne voit nulle part de traces d'anciennes lésions.... (Cautérisation du chancre avec le nitrate d'argent réitérée tous les jours; pansements avec la charpie imbibée de vin aromatique; repos, cataplasme émollient sur le bubon).

« Le chancre ne tarda pas à prendre un aspect plus favorable. En peu de jours il passa à la période dite de réparation. L'engorgement ganglionnaire suivit dès ce moment une marche rétrograde.

« Mais à mesure que le chancre se cicatrisait, j'aperçus non sans étonnement, d'abord sur le ventre, après sur les membres inférieurs, et enfin sur toute la surface du corps, les papules squammeuses d'une syphilide lenticulaire très-bien caractérisée... L'éruption qui avait été précédée de maux de tête assez violents pendant quelques jours, ne mit que 3 ou 4 jours à envahir toute la surface cutanée... A partir du 7 avril, je prescrivis deux cuillerées à café de liqueur de Van-Swieten par jour dans un demi-verre d'eau, dose qui fut bientôt portée à quatre cuillerées par jour. Cependant les progrès du chancre vers la guérison ne s'étaient pas ralentis. Le 10 avril, il était entière-

ment fermé. De même que pour celui de la partie inférieure du pénis... Le bubon était aussi réduit à une glande mobile sous la peau et tout à fait indolente. Vers le 15 avril, il fut pris de maux de tête violents revenant tous les soirs à 6 heures. Contre cette céphalée périodique, symptôme concomittant assez fréquent des syphilides à leur début, sulfate de quinine etc...

« Dès le second jour de l'usage de ces pilules, la douleur avait disparu.

« Le 2 mai, les cicatrices des deux chancres n'offraient pas *la moindre induration...* »

Ajoutons maintenant les réflexions de l'auteur :

« L'observation précédente m'a semblé très-remarquable comme contredisant une loi ou, pour mieux dire, une loi restée à l'état de projet, de M. Ricord. Si l'on en croit l'expérience de ce syphilographe distingué, l'induration locale serait le caractère pathognomonique de l'intoxication vénérienne, de telle sorte que le chancre induré serait *nécessairement* suivi de symptômes spécifiques, et surtout que le chancre non induré n'en serait *jamais* accompagné. Je crois pouvoir avancer que le fait ci-dessus constitue une exception tranchée à cette règle. *Elle n'est pas la première que j'ai eu occasion d'observer;* mais les circonstances qui l'ont accompagnée, l'air de véracité du malade, la lucidité de ses souvenirs, en ce qui touchait ses antécédents vénériens, la nature manifeste et l'époque récente d'invasion des phénomènes consécutifs, tout me porte à considérer ce cas comme une des preuves les plus fortes que puisse fournir un fait isolé.

« Une circonstance en double encore la valeur à mes yeux, et le défend contre l'objection la plus prévue, celle qui consisterait à supposer qu'un chancre *induré* a pu exister anciennement *à l'insu* du malade. Je concevrais que cette hypothèse fût mise en avant, si les symptômes généraux par

moi observés à l'hôpital eussent été une syphilide tuberculeuse ou ulcéreuse, des exostoses ou périostoses, un testicule vénérien, toutes lésions dénotant une influence d'origine éloignée. Les faits cadreraient alors avec la supposition; et si l'on n'était pas persuadé, du moins ne pourrait-on pas repousser entièrement le doute. Mais quand on voit la syphilide lenticulaire, c'est-à-dire le symptôme secondaire, ordinairement le premier en date, survenir deux mois après le chancre, c'est-à-dire à la période la plus communément observée, le rapport de causalité se présente naturellement à l'esprit, et par ces considérations qu établissent la vraisemblance du fait, son authenticité se trouve presque démontrée (1). »

C'est parler d'or. Mais quel est donc cet allié nouveau, si vaillant à notre rescousse? C'est M. Diday, le dualiste que l'on sait.

D. — Le *bubon.* — Accolyte du chancre, le bubon en est aussi le reflet. Aigu, tendant à la suppuration, ulcéré, virulent, douloureux, mono-ganglionnaire, dans la syphilis simple; dur, indolent, chronique, polyganglionnaire dans la syphilis confirmée : tels sont ses caractères ordinaires, sinon constants.

a. Pour le chancre simple, nous avons cité des cas (p. 115) où le bubon manque totalement; d'autres dans lesquels on constate à peine un peu d'engorgement sensible. En consultant nos observations, nous retrouvons tout au plus la suppuration des bubons sur un tiers des malades porteurs de chancres mous. Et encore faut-il remarquer que, si la

(1) Diday. *Quelques obs. de malad. vén. suivies de réflexions.* In *Annales des malad. de la peau et de la syph.*, 2e année; 2e vol., no 9, 1er avril 1845, p. 257.

tumeur douloureuse, aiguë, suppurée, ulcérative de l'aine, les conduit le plus ordinairement, dans les classes populaires, à réclamer leur admission à l'hôpital, — le chancre sans complication, parfois même inaperçu sur les femmes, leur cause raremment cette nécessité. C'est un fait banal. Nous avons eu la curiosité d'analyser 89 observations contenues dans l'excellent travail de M. Fournier, qui se rapportent à l'ulcération primitive simple, et voici le résultat de cet examen :

12 fois le bubon	n'est pas noté ;		
39	—	n'existe pas ;	
7	—	se termine par résolution ;	
31	—	—	suppuration.
89 fois.			

Ainsi le bubon suppuré n'a escorté le chancre simple que dans le tiers des cas. Donc, quoique fréquent, ce caractère n'est point essentiel ou spécifique.

b. Quant au chancre dur, l'adénite est-elle constante, toujours multiple, fatalement non suppurée?

Nous avons vu sur les femmes, en particulier, un certain nombre de cas où l'adénite multiple fait défaut; d'autres fois aussi, solitaire, elle se comporte comme pour le chancre simple, se terminant par suppuration. L'exemple suivant en fait foi.

Observation xxxvi. — Syphilis confirmée : *Chancre induré de la face, bubon suppuré (inoculation sans résultat), chancres génitaux, roséole, etc., etc.*

Marie Dupin, vingt-deux ans, bonne constitution, enceinte de près de huit mois, couturière, entre salle Saint-Alexis, n° 33, à Lourcine (service de M. Cullerier), le 20 juillet 1844.

Au début de sa grossesse, chancres sur les organes génitaux, qui ont disparu sans traitement, au bout de six semaines. Il y a

trois mois, sur la même région, nouveaux chancres dont on voit encore quelques vestiges en grande partie cicatrisés, — sans induration. Peu de temps après, continuant ses relations avec la même personne, il lui est survenu à la face, sur la lèvre inférieure, — elle ne sait d'où, — un bouton assez petit, plein, arrondi, qui s'est ulcéré au centre, est devenu saillant et dur, d'une manière progressive. Quinze jours après, céphalée, douleur sternale, courbature, fièvre erratique, roséole générale, plus marquée sur les bras et les cuisses que sur le torse.

Caractères actuels du chancre de la face. — A la partie moyenne du bord libre de la lèvre inférieure, saillie hémisphérique du volume d'une petite noisette; surface d'un rouge terne, sèche, ulcérée, peu profonde, arrondie, régulière, du fond de laquelle s'élèvent quelques bourgeons charnus de cicatrisation. Les bords et la base donnent une sensation de résistance chondroïde nette et circonscrite. Point de douleur. Au-dessous du menton, dans la région sus-hyoïdienne correspondante au chancre, tumeur arrondie, mobile, uniformément dure, indolente, sans changement de couleur à la peau, grosse comme une forte noix, ne faisant point de saillie dans la bouche et ne gênant point les fonctions de cette cavité. C'est un bubon sous-maxillaire (onctions pommade au calomel sur le chancre, emplâtre de Vigo sur l'engorgement ganglionnaire).

Pendant le mois d'août, le chancre se cicatrise lentement, la dureté persiste ; le bubon augmente de volume, il devient dur, résistant, douloureux.

22 *août* (à la visite du soir). Je trouve la malade dans un état de dyspnée prononcé. Elle ne peut rester en place, respire mal et bruyamment; la face est vultueuse ; la lèvre inférieure, autour du chancre, est très-gonflée ; l'induration augmentée de volume, tendue, est rouge et luisante. La tumeur sous-maxillaire a doublé de volume, très-douloureuse au toucher. Les mouvements de la mâchoire sont à peu près impossibles, la déglutition extrêmement gênée, la salive s'écoule en nappe visqueuse au dehors, l'articulation des sons est empêchée.... (35 sangsues autour de la tumeur enflammée). A la suite de cette émission sanguine abondante, soulagement, mais la respiration est encore difficile, et même impossible, la tête reposant sur un oreiller.

24 *août*. Nouvelle bouffée inflammatoire, élancements, avec fièvre et dyspnée plus intense. Toute la région sous-maxillaire est uniformément tendue et douloureuse (saignée du bras, 2 palettes).

28 *août*. Ouverture de l'abcès sous-maxillaire au moyen de la lancette, pus abondant, crémeux. Inoculé le 29 à la cuisse, sans résultat.....

La roséole persiste.

Quelques jours après, la malade descend dans les salles d'accouchement, arrivée à terme et prise des premières douleurs...

Ainsi, voilà une malade en pleine syphilis confirmée avec des chancres mous vulvaires, sans induration ni engorgement multiple de l'aine, et, au contraire, avec un chancre céphalique escorté d'un bubon sous-maxillaire suppuré.

Ces faits sont loin d'être rares.

Bertin rapporte l'histoire d'une fillette, âgée de quatre mois, atteinte d'un chancre de la lèvre gauche, communiqué par sa tante. Il se forma à l'aine du même côté un bubon qui suppura. Bientôt ses jambes et ses cuisses se couvrirent de pustules, etc., etc.

Dans le *Traité de l'inoculation*, de M. Ricord (1), on trouve plusieurs observations remarquables, parmi lesquelles les deux suivantes :

I. (Lob..., dix-huit ans, 5 janvier 1833.) Chancre trois jours après le coït, bubon suppuré, inoculé sur le porteur par une génération successive ; induration et syphilide lenticulaire.

II. (Leg..., dix-huit ans, 27 février 1836.) Chancre suivi d'un *double* bubon suppuré, inoculable ; pustules d'ecthyma sur les membres, à la verge, plaques au pli génito-crural....

Dans les tables statistiques du livre de M. Bassereau (2), on voit l'adénite manquer 42 fois sur 295 cas de syphilis confirmée. En

(1) Paris 1838.

(2) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris 1852.

outre, 167 cas de chancres suivis de syphilis confirmée ont été escortés 13 fois de bubon suppuré.

Melchior Robert, sur 28 cas de bubon symptomatique du chancre infectant, a observé 8 fois la terminaison par suppuration (1).

M. Leroux, dans sa thèse : « Cinq chancres indurés ont donné lieu à la syphilis constitutionnelle. Dans deux cas, il n'y avait pas de traces d'engorgements ganglionnaires.... Une autre malade n'offrit aucune trace d'engorgements ganglionnaires, soit aux aines, soit aux régions cervicales postérieures, bien que son corps fût couvert d'une syphilide tuberculeuse plate généralisée, de plaques muqueuses confluentes et que son cuir chevelu fût couvert de croûtes nombreuses (2). »

Enfin, on pourrait emprunter à M. Diday, lui-même, une observation de syphilis constitutionnelle dont le bubon concomitant de la lésion initiale consista dans «*un seul* ganglion inguinal un peu tuméfié (3). » Nous sommes loin, comme on voit, de la pléiade fatale et des caractères exclusifs accordés à l'ulcère simple et au chancre infectant.

E. — *L'inoculation sur le porteur.* — Le malade atteint de syphilis confirmée est-il réfractaire à son pus? «Pour M. Rollet et ses disciples, dit M. Gonnard (4), cette formule constitue un criterium infaillible, et la lancette devient l'instrument d'un diagnostic mathématique. » En effet, le chirurgien de Lyon s'exprime ainsi : « Le chancre syphilitique (c'est-à-dire induré), l'ulcère primitif le plus récent n'est

(1) *Nouveau traité des maladies vénériennes d'après les documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille.* Paris 1861, p. 420.

(2) *Loc. cit.*, p. 21.

(3) *Hist. nat. de la syphilis*, p. 22.

(4) *Loc. cit.*, p. 43.

jamais inoculable au malade qui le porte... Il n'est *jamais*, à aucune époque, auto-inoculable. Les tentatives d'inoculation du chancre syphilitique au malade lui-même ont été faites en très-grand nombre de fois, à l'hôpital du Midi, à l'Antiquaille, en Angleterre, en Allemagne, *partout et toujours* sans résultat. On n'a jamais obtenu qu'une inflammation insignifiante de la piqûre, lorsqu'encore on obtenait quelque chose (1). »

Là encore, le dualisme exagère la portée et la constance d'un caractère qui n'est point d'ailleurs sans valeur.

Je citerai l'extrait suivant d'une observation qui me fut communiquée à Lourcine, par mon collègue, M. Legentil, en vue d'établir alors, — non la réinoculabilité qui n'était pas en cause à ce moment, — mais la présomption d'une syphilis développée sans chancres antérieurs ou d'emblée. Observé à un autre point de vue, ce fait n'en sera que plus concluant.

OBSERVATION XXXVII. — Syphilis confirmée : *bubon ulcéré; plaques muqueuses, rhagades ; pus du bubon et de piqûres de sangsues auto-inoculable.*

Catherine Legros, vingt ans, couturière, entre le 30 janvier, salle Saint-Louis, n° 2 *bis* (service de M. Huguier) ; constitution lymphatique.

Elle porte à la partie supérieure de la cuisse gauche un large bubon abcédé, et, au-dessous, une seconde ouverture avec décollement profond de la peau et clapiers communiquant extérieurement par deux autres orifices cutanés, versant un pus roussâtre et très-fétide. Nulles traces de chancres. La malade n'en a point aperçu. Les renseignements sur ses relations paraissent peu catégoriques.

31 *janvier*. Inoculation du premier bubon faite par M. Huguier sans résultat.

(1) *Pluralité des malad. vénériennes*. Paris, 1860, p. 21.

2 *février*. Inoculation du premier et du second bubon.

5 *février*. Pustules d'inoculation caractéristiques ; cautérisées. En même temps, pour la première fois, symptômes constitutionnels. Plaques muqueuses sur les grandes et petites lèvres.

16 *février*. Pustules d'inoculation tendant à cicatriser. Plaques muqueuses nombreuses au périnée et rhagades à l'anus (liq. de Wan-Swieten).

Mars. Les plaques muqueuses cautérisées fréquemment. Point de cicatrisation des bubons, autour desquels une application de sangsues est faite au commencement d'avril. Le pus des bubons s'inocule accidentellement aux piqûres qu'il transforme en chancres.

11 *avril*. Trois inoculations pratiquées à la partie externe de la cuisse gauche avec le pus provenant des piqûres chancreuses de sangsues, sont suivies de résultats manifestes....

Toutes ces ulcérations artificielles parcourent leur cours ordinaire.

18 *juin*. Sortie de la malade de l'hôpital n'ayant plus aucun symptôme apparent de maladie.

Il n'y a pas longtemps encore que M. Ricord écrivait : « Lorsque l'inoculation est faite *sur le malade lui-même*, l'ulcération qui suit l'inoculation prend en définitive la forme et offre les mêmes variétés que le premier accident qui avait fourni le pus inoculable. Ainsi, si c'est à un chancre induré que le pus a été emprunté, l'ulcération s'indurera. Voilà ce que ma propre expérience m'a démontré (1). »

M. Bassereau, parlant des ulcérations qui ont servi de prélude aux syphilides, fait l'aveu suivant : « On se demandera comment j'ai pu acquérir la certitude que des ulcérations du pouce, de la langue, des lèvres, étaient de véritables chancres. J'ai puisé cette certitude dans les signes diagnostiques de ces ulcérations.... Le plus important peut-être de ces caractères, la propriété contagieuse, peut être constaté

(1) *Lettres, sur la syphilis*, p. 215.

par l'inoculation — du pus de l'ulcère suspect — au malade même qui porte cet ulcère (1). »

Melchior Robert va plus loin que tous : « Nous n'avons pas du tout trouvé que le pus infectant fût sans action sur l'infecté ; bien au contraire, nos inoculations ont réussi dans la plupart des cas (2)... » Ailleurs encore il ajoute :

« Deux, trois, quatre, jusqu'à six inoculations pratiquées successivement dans ces conditions, et en empruntant le pus au dernier chancre développé, ont *constamment donné un résultat positif*, et les chancres ainsi engendrés ont présenté tous les caractères des chancres mous les plus virulents(3). »

M. Bidenkap, à Christiania, rendant compte récemment de la pratique de M. Boœck, au moyen de la syphilisation, dit : « Dans les dernières années, après que les doctrines dualistes ont commencé à s'introduire parmi les syphilidéologues, la matière employée (à l'inoculation) a été prise des chancres *infectants*. Cette matière s'est montrée *tout aussi inoculable* que la matière prise de chancres non infectants; peut-être même est-elle plus régulière dans ses effets (4). »

Il y a loin de ces affirmations aux chiffres de M. Fournier $\frac{2}{150}$, et à ceux de M. Rollet $\frac{6}{100}$. M. Clerc, qui a appelé, l'un des premiers, l'attention sur ce caractère, est plus modeste. Et, dans son mémoire sur le *chancroïde*, il rapporte deux faits qui prouvent très-bien la possibilité de cette inoculation. Je les résume succinctement :

I. Un malade présentait, à la partie latérale droite du scrotum,

(1) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis.* Paris 1852., p. 133.

(2) *Nouveau traité des maladies vénériennes d'après les document puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille.* Paris, 1861, p. 39.

(3) P. 357.

(4) Cité d'après M. Langlebert, *loc. cit.*, p. 305.

un chancre *induré type* encore à la période d'état et qui plus tard a été suivi d'une syphilide papuleuse des plus confluentes. Pendant toute la durée de ce chancre, toutes les précautions nécessaires pour isoler la surface affectée n'ayant pas été prises, la peau du pénis dans le point correspondant s'inocula accidentellement. Il en résulta une ulcération de l'étendue d'une pièce de vingt centimes dont la cicatrisation ne fut obtenue qu'après trois semaines de traitement (1).

II. Un autre malade portait, depuis un mois, un chancre *induré* du limbe du prépuce... Nous pratiquâmes avec la lancette une inoculation sur le milieu de la face dorsale de la verge. Faite le lundi, le malade se présentait le vendredi suivant avec une *pustule* à laquelle succéda une ulcération qui plus tard prit les dimensions d'une pièce de un franc. Ce chancre d'inoculation ne fut cicatrisé qu'après un mois et demi (2).

M. Ricord, indépendamment des deux observations citées dans le paragraphe précédent, a publié les suivantes :

I. Chancres *infectants* avec induration persistante ; adénite douloureuse non suppurée. *Inoculation positive* (3).

II. Ulcère suivi d'infection constitutionnelle. *Inoculations spontanées* multiples formant aire autour des parties et sur les parties (4).

Trois chancres, *deux* suivis de syphilis constitutionnelle. *Inoculation positive* (5).

Chancre uréthral *induré*, adénite indolente, accidents constitutionnels. *Inoculation positive* (6).

Encore quelques nouveaux faits :

Melchior Robert cite trois cas dans lesquels le pus du bubon consécutif au chancre infectant donna sur le porteur des résultats caractéristiques (7).

(1) *Loc. cit.*, p. 19.
(2) *Loc. cit.*, p. 20.
(3) *Clinique iconographique*. Paris 1851, pl. I.
(4) *Clinique iconographique*. Paris, 1851, pl. X.
(5) *Clinique iconographique*, pl. XIV.
(6) *Clinique iconographique*, pl. XXIV.
(7) *Loc. cit.*, p. 421.

Il rapporte en outre, dans son mémoire de 1861, onze nouveaux faits.

Ch. Leroux, sur quatre femmes qui portaient des chancres indurés sur les grandes et les petites lèvres, note que les ulcérations s'étaient inoculées dans les points correspondants de la lèvre opposée (1).

M. Zélaschi, syphilisateur italien, a rapporté longuement l'observation d'un malheureux malade atteint, une première fois, de chancre induré avec induration persistante. Six mois après, nouveau chancre *à base très-indurée et très-étendue.* Tentatives de syphilisation avec le pus de ce dernier — sur la cuisse du porteur — par deux piqûres. Le quatrième jour, il existait deux petites pustules. On fait cinq nouvelles séries de réinoculations qui, toutes, du deuxième au troisième jour (que devient l'incubation prolongée ?), sont suivies de pustules (que devient la papule initiale ?) (2).

M. Rodet a fait connaître un exemple d'inoculation d'un chancre infectant sur le sujet lui-même (3).

M. Langlebert cite six observations tirées de sa pratique démontrant l'inoculation naturelle et successive de chancres indurés antérieurement formés (4).

M. Cullerier a raconté un exemple assez singulier d'un chancre induré de la couronne, avec adénopathie double, indolente, lequel chancre s'inocula spontanément sur le pubis par un mécanisme naturel dont le malade démontra d'ailleurs l'évidence.

Ce n'est pas tout. M. Diday à qui fut communiquée, par M. Cullerier, cette dernière observation et qui la rapporte textuellement dans son récent ouvrage, en a cité bien d'autres semblables qui établissent le fait de la réinoculabilité chancreuse spontanée. « La pratique, dit-il, nous en

(1) *Loc. cit.*, p. 19.
(2) *Gaz. méd. des États sardes*, 1er décembre 1851.
(3) *Gaz. méd.* Paris, 1862.
(4) *Loc. cit.*, p. 373.

offre à chaque instant des exemples (1). » S'il en est ainsi, que devient son affirmation première sur l'irréinoculabilité spécifique du chancre infectant (2) ?

Au reste, nous ne voulons pas tirer autrement parti de ces contradictions inévitables. Il est assez manifeste que ces caractères sont peu fatidiques, et que la nature n'a pas jusqu'ici pour le programme dualiste toute la déférence voulue. Nous avons établi l'absence de signe essentiel, pathognomonique ou nosologique pour le chancre infectant; et l'induration elle-même est abandonnée par la secte en question. En effet, M. Fournier reconnaît une forme *molle* du chancre *infectant*. De sorte que la nouvelle formule revient à dire : Le chancre infectant est celui qui infecte, et le chancre non infectant est celui qui n'infecte pas !.. — Proposition lumineuse, s'écriait F. Gabalda, et que ne désavouerait pas feu M. de la Palisse !

§ 2. — Caractères de la contagion.

Mais l'erreur de beaucoup la plus sérieuse — et la plus grave pour toutes ses conséquences pratiques — est celle que le dualisme tente d'accréditer en affirmant la transmission nécessaire et irrémissible du chancre *suivant son espèce*. C'est là le point culminant du débat, le véritable argument spécifique de la question. L'on comprend, en effet, que, si la syphilis simple, par exemple, a le pouvoir de transmettre à un autre individu la syphilis confirmée, si rare même que cela soit, cet échange de la contagion mettra

(1) *Loc. cit.*, p. 239.

(2) Cet auteur entend, il est vrai, restreindre le privilége de la réinoculabilité à l'état naissant de l'ulcération dite infectante. Mais les exemples cités ne limitent pas tous à ce point ce pouvoir.



immédiatement en déroute tous les artifices de l'hypothèse pour creuser un abîme infranchissable entre ces deux formes de la même maladie.

L'intérêt du sujet fait l'importance du débat. Pour en donner un simple aperçu, qu'il me suffise de citer ici les exemples suivants. Laissons la parole à M. Clerc :

OBSERVATION XXXVIII. — « Il y a deux ans, un juge d'instruction, M. G..., nous mande dans son cabinet, et nous soumet quelques ordonnances de l'un des malades de notre dispensaire, inculpé de viol sur une jeune enfant et nous demande quelle affection cet individu a pu communiquer.

« Ce malade était atteint, au moment de son arrestation, d'un chancre non cicatrisé et de plaques muqueuses du pourtour de l'anus... Nous répondons à M. G... que le malade a dû communiquer un chancre de même variété que celui qu'il portait, c'est-à-dire un chancre induré, infectant, fatalement suivi de quelques-uns des symptômes de la syphilis généralisée. M. G... nous fait connaître alors le certificat d'un médecin qui avait soigné la jeune enfant d'une syphilis constitutionnelle récente (1). »

Ceci est le beau côté de la médaille. En voici le revers. C'est le même M. Clerc qui continue :

OBSERVATION XXXIX. — « Un ouvrier typographe, âgé de vingt et un ans, s'est présenté il y a quatre mois à notre dispensaire pour y être traité de chancres multiples, *non indurés*, du prépuce et du gland, et de papules muqueuses de l'isthme du gosier et de l'anus, consécutives à un chancre unique et infectant contracté six mois avant cette époque et dont il portait la cicatrice.

« Pendant la durée du traitement de ces chancres simples, le malade eut des rapports sexuels avec une jeune fille et lui communiqua des chancres. Celle-ci ayant ensuite cohabité avec un ami de notre malade, ce nouveau venu dans ses trop faciles faveurs a partagé le sort commun. Il nous a été amené atteint de

(1) *Loc. cit.*, p. 11.

sept chancres du prépuce et du gland, chancres non indurés, non infectants.

« Ce malade nous avoua que, malgré son état de santé, il avait eu des rapports avec une jeune fille, et que le résultat de ce rapprochement nécessita l'entrée de sa victime à l'hôpital de Lourcine. Nous annonçâmes à nos élèves que, très-probablement, nous trouverions sur cette femme des chancres de même variété que ceux de notre malade.

« M. Cullerier, dans le service duquel se trouvait cette jeune fille..., examina devant nous cette malade. Elle portait cinq chancres disposés en croissant à l'entrée du vagin ; chancres non indurés et déjà notés tels par M. Henry, interne du service. »

La narration se termine ici dans le mémoire de M. Clerc. Mais ce dernier s'était un peu pressé de chanter victoire et d'accorder à la malade un verdict d'acquittement constitutionnel. Les innocentes ulcérations devaient avoir bien vite une autre fin révélée peu après par M. Cullerier dans un journal de médecine. Or, cette fin la voici :

Observation XL. — « ....La nommée Élise P..., dix-huit ans, couturière, entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, n° 5, le 3 août 1854. A son entrée, on constate à la partie postérieure de la vulve cinq ulcérations rangées en forme de croissant. Elles siégent sur de petites élevures mamelonnées ; elles ont un fond grisâtre, sanieux, déprimé en godet et des bords taillés à pic. Le vagin est le siége d'une inflammation intense avec sécrétion muco-purulente ; le col utérin est intact.

« Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement engorgés, indolents ; ils forment une pléiade manifeste....

« M. le docteur Clerc, qui vient visiter la malade, nous dit que cette jeune fille a été infectée par un jeune homme atteint de plusieurs chancres au prépuce, non indurés et n'ayant pas déterminé d'accidents secondaires, et qu'ensuite elle a eu commerce avec un individu sain auquel elle a communiqué à son tour des chancres simples. M. Clerc pense d'après cela que notre malade n'aura pas de symptômes secondaires.

« Le 21 août, la malade se plaint de perdre ses cheveux; cependant on ne voit rien dans le cuir chevelu.

« Le 28, les chancres tendent vers la cicatrisation; il y a sur les grandes lèvres quelques ulcérations blanchâtres. On constate sur toute l'étendue de la peau du ventre et sur celle de la poitrine des taches de roséole. La chute des cheveux persiste et l'on sent distinctement plusieurs ganglions occipitaux et cervicaux. La malade est mise en traitement par la liqueur de Wan-Swieten.

« Le 4 septembre, les chancres sont presque entièrement cicatrisés. Quelques condylomes, dont l'un ulcéré, à l'anus.

« Le 8, cicatrisation complète des chancres; même état général.

« Le 18, rougeur vive du pharynx, mais sans ulcérations. La roséole disparaît. Les cheveux continuent à tomber....

« Le 1er octobre, tout a disparu à peu près...

« Le 30, sortie dans un état parfait de guérison.

Telle est, — continue M. Cullerier, — l'observation dont le commencement seulement a été publié par M. Clerc. Il est fâcheux que cet honorable confrère n'ait pas pu la compléter, car elle prouve précisément le contraire de ce qu'il avance, puisque des chancres simples, considérés comme non infectants, contractés avec un homme ayant le même symptôme, puis communiqués sous la même forme à un autre homme, ont été suivis, chez cette femme, de roséole, d'alopécie, d'engorgements cervicaux, de condylomes à l'anus, symptômes qui ont nécessité un traitement mercuriel de deux mois et un séjour de quatre-vingt-dix-huit jours à l'hôpital. »

De tels démentis sont fréquents : ils pourraient être très-fâcheux. Supposons ici, comme dans le premier fait, notre savant ami, M. Clerc, appelé en expertise dans quelque méchante affaire d'attentat criminel, à la fin de décider — par la confrontation des parties intéressées — la question de la transmission syphilitique : à quels déplorables malentendus ne serait point entraîné par la seule logique de son système un syphilographe d'ailleurs si judicieux ! On ver-

rait bientôt se reproduire les longues erreurs suscitées jadis à l'encontre de la transmission contagieuse de la syphilis congéniale. Il faut donc s'attacher à mettre en lumière la vérité.

Chaque maladie virulente a son contage spécial et distinct. Celui de la rage ne donne point lieu à la morve, la variole n'engendre pas la syphilis. L'agent contagieux reproduit partout les attributs primordiaux de son essence propre. Pour la syphilis acquise par contagion, ces attributs sont l'ulcération rongeante et virulente. Nous la retrouvons, à divers degrés, dans toutes les formes acquises de la maladie.

En outre, l'unité syphilitique a pour caractère essentiel, dans son mode de transmission, la voie inoculable. Ce mécanisme exclusif, qu'elle partage seulement avec la vaccine, est également propre à chaque forme syphilitique.

Enfin, la plupart des maladies contagieuses présentant des formes distinctes, la transmission d'un individu à l'autre se fait ordinairement dans la forme d'où elle émane. Ainsi la varioloïde, forme de la variole, se transmet généralement avec les caractères de la varioloïde. Le docteur Guillou, de Saint-Paul de Léon, a inoculé plus de six cents fois cette dernière affection à des enfants ou à des adultes n'ayant jamais été ni vaccinés ni variolés, et il a toujours fait naître sur eux la varioloïde.

Cependant, la transmission dans la forme n'est pas la transmission dans l'espèce. Voilà pourquoi il y a aussi échange possible de contagion dans la forme, tandis qu'il n'y a jamais, sous ce rapport, échange réel d'une maladie à l'autre. Il est donc tout simple que M. Trousseau (1), M. Lafond-

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* Deuxième édition revue et augmentée. Paris 1865, t. II.



Gouzi (de Toulouse), et d'autres expérimentateurs aient reproduit, de leur côté, dans les mêmes conditions que précédemment, la variole en inoculant la varioloïde à des sujets non variolés et non vaccinés.

Ce que nous disons de la varioloïde et de la variole, on peut le répéter pour les autres maladies contagieuses à formes multiples : la morve et le farcin, la rougeole, la scarlatine, parfois la fièvre typhoïde. Sur cette règle constante, adoptée par l'observation, la tradition et la pratique, reposent les méthodes d'inoculation préventive, la libre pratique en cas d'épidémie bénigne. Elle explique la diversité du génie épidémique dans la même maladie. Elle est, en un mot, la source des indications les plus précieuses et les mieux justifiées.

La syphilis ne fait point exception à la règle générale. Acquise, cette maladie se transmet ordinairement dans sa forme. A l'égard de la vérification particulière de cette loi, nous savons tenir grand compte de l'observation laborieuse des dualistes. Grâce à leur insistance, une lacune importante dans les caractères de la contagion syphilitique a été comblée. Cette particularité inapercue a été mise en relief.

Ainsi, prenons l'excellent travail de M. Fournier, qui a poursuivi, à travers un nombre assez considérable de faits, l'étude de cette question. L'auteur s'exprime ainsi :

Pour le chancre *simple :* « J'ai pu... remonter 41 fois à la source de la contagion, et 41 fois j'ai rencontré l'accident originel absolument semblable, comme nature, à l'accident transmis. » D'où : « Le chancre simple des sujets vierges de syphilis se transmet aux sujets vierges de syphilis sous forme de chancre simple. »

Quant au chancre *infectant*, trois cas peuvent se présenter. Il peut dériver :

1° D'un chancre infectant. « Dans une série de 72 observations, le chancre induré a toujours donné naissance (sur les sujets sains, bien entendu) à un chancre de même nature. »

2° D'un chancre à base molle développé sur un sujet déjà syphilitique.

3° D'un accident de syphilis consécutive.

Ces résultats, obtenus par M. A. Fournier, à la suite de nombreuses confrontations, présentent beaucoup d'intérêt. Mais, quelle que soit leur importance pour établir d'une manière générale la transmission des chancres suivant leur variété, ils resteront toujours insuffisants pour ériger cette règle ordinaire en loi positive et absolue, en présence des faits contradictoirement présentés.

Pour éviter toute ambiguité dans l'examen de ces derniers faits, nous les diviserons en deux catégories qui serviront à démontrer :

1° Que le chancre ne se transmet point toujours avec ses mêmes caractères ;

2° Que la syphilis ne se communique point toujours dans sa forme.

Il suffit de quelques exceptions pour montrer sur le premier point, qui importe assez peu d'ailleurs, les prétentions exagérées des dualistes.

TRANSMISSION DU CHANCRE DANS SA VARIÉTÉ.

1° Sur le porteur :

Melchior Robert a rapporté (1) l'observation d'un malade atteint d'un petit chancre *simple* sur le frein et d'un bubon *suppuré* spécifiquement, et qui s'inocula par mégarde le pus de ce

(1) *Nouveau traité des maladies vénériennes d'après les documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille.* Paris 1861, p. 305.

bubon sur la lèvre supérieure. Le chancre labial *s'indura* et retentit sur les ganglions sous-maxillaires; plus tard symptômes constitutionnels.

Le même auteur affirme que le même fait s'est présenté à son observation dans le service de M. Pirondi (1).

M. Musset, interne de M. Ricord, racontant l'histoire des inoculations pratiquées avec le pus de chancre *simple* sur le docteur L*** en pleine syphilis confirmée, dit: « Bien que des inoculations au nombre de dix aient été faites, cela n'empêche pas une onzième de *s'indurer* (2). »

2° De sujet à sujet.

Les dualistes conviennent aujourd'hui que le chancre infectant peut être produit sur un sujet sain par le chancre simple d'un sujet syphilitique, et, en outre, que le chancre simple peut être engendré chez un sujet syphilitique par un chancre infectant.

Ce double aveu suffit à démontrer que la transmission de l'ulcération primitive d'un individu à l'autre, dans sa variété, rencontre de nombreuses exceptions.

TRANSMISSION DE LA SYPHILIS DANS SA FORME.

Forme bénigne.

Elle peut communiquer la syphilis confirmée, non point seulement quand cette forme bénigne vient à se développer sur un individu antérieurement syphilitique, mais aussi quand elle existe sur un sujet exempt jusque-là de tous accidents.

1° *Syphilis* bénigne *d'un sujet* anciennement syphilitique *transmettant la syphilis* confirmée.

M. Cullerier a communiqué à la Société de chirurgie (septembre 1855) l'observation suivante :

(1) *Loc. cit.*, *p.* 365.

(2) *Soc. de chir.*, 12 *novembre* 1851.

OBSERVATION XLI. — Un jeune homme est infecté de chancre induré, puis de symptômes constitutionnels. Un traitement rationnel est suivi régulièrement et tout disparaît. Au bout de quelques années, il contracte un nouveau chancre qui reste à *l'état simple* sans retentissement sur l'économie. Il se marie portant encore ce chancre qu'il communique presque aussitôt à sa femme. Le chancre de cette dernière *s'indure*, se complique d'engorgements ganglionnaires, puis est suivi, dans l'espace de temps habituel, d'une syphilide papulo-tuberculeuse générale, d'alopécie, d'impetigo du cuir chevelu, et plus tard d'accidents tertiaires.

Melchior Robert a fait connaître trois observations analogues. Nous citons seulement le résumé de la première, dont les deux autres sont la reproduction exacte :

OBSERVATION XLII. — Un jeune homme est atteint d'abord de chancre induré et de toute la série des symptômes constitutionnels qui peuvent accompagner l'infection. Quatre ans après, encore sous le poids de ces accidents, il contracte un nouveau chancre (mou) qu'il communique à une jeune fille de seize ans. Il en résulte sur cette dernière des chancres multiples à la vulve, la pléiade ganglionnaire, plus tard une syphilide papuleuse, un impetigo confluent de la tête, l'alopécie, etc., etc.

M. Langlebert (1) :

OBSERVATION XLIII. — En novembre 1855, une femme vint me consulter pour un chancre induré. Deux mois après, elle avait des plaques muqueuses, une roséole et des ulcérations à la gorge. Au mois d'octobre 1854, elle contracta un nouveau chancre, qui cette fois ne *s'indura pas*. Ce devait être, par conséquent, un chancroïde ou chancre simple non infectant. Un jeune homme qui, à cette époque, eut des relations avec elle, prit un chancre *induré*, lequel a été suivi de tous les accidents ordinaires de la syphilis constitutionnelle.

(1) *Loc. cit.*, p. 330.

M. A. Fournier cite lui-même quatre observations qu'il a recueillies à Saint-Lazare avec M. Caby. Nous connaissons déjà l'interprétation qu'il en tire, interprétation à laquelle les faits suivants enlèvent singulièrement de sa valeur.

2° *Syphilis* bénigne *d'un sujet* sain *jusque-là transmettant la syphilis* confirmée.

Observation xliv. — Au mois de mai 1854, un jeune homme vint me consulter pour un chancre *induré* siégeant sur la couronne du gland. Quelques jours plus tard, il m'amena la femme qui lui avait communiqué son mal. Je trouvai à l'orifice externe du canal de l'urèthre un chancre *simple* sans trace d'induration. Le jeune homme a eu depuis diverses manifestations de syphilis généralisée. La femme, qui n'a pas subi de traitement, n'a présenté aucun symptôme de syphilis constitutionnelle, maladie qu'elle n'a jamais eue antérieurement (1).

Observation xlv. — M. D..., âgé de dix-huit ans, ayant pour seuls antécédents vénériens une blennorrhagie ordinaire, gagna de la seule femme avec laquelle il eut des rapports, des chancres *simples* siégeant sur le bord du prépuce avec adénopathie subaiguë, unilatérale. La femme examinée présentait des chancres à base légèrement engorgée, une syphilide exanthématique, céphalée nocturne, plus tard une éruption palmaire, des croûtes impétigineuses, en dépit du traitement. Quant au jeune malade, ses chancres restèrent mous; il ne fit aucun traitement et ne vit se développer aucun symptôme de syphilis contitutionnelle.

Mais, avant la cicatrisation de ses chancres, ayant fait la connaissance d'une autre femme, il communiqua à cette dernière un *chancre induré* suivi d'une syphilis constitutionnelle caractérisée par des ulcérations au gosier et aux lèvres, par des plaques muqueuses très-confluentes à l'anus et aux parties génitales, de larges plaques de roséole, une multitude de ganglions engorgés à la région cervicale postérieure (2).

(1) Langlebert, *loc. cit.*, p. 351.
(2) Résumé d'une observation de Melchior Robert, 1857.

Parmi les observations que je pourrais choisir dans ma pratique, deux méritent, entre autres, un crédit particulier. Inédites, je dois les citer *in extenso.*

La première, qui gît au fond de mes cartons, a vingt ans de date ; mais des circonstances spéciales ont gravé ce fait dans mes souvenirs.

Observation XLVI. — Syphilis confirmée transmise par une syphilis bénigne : *Chancre induré, ptyriasis et impétigo du cuir chevelu ; corona Veneris ; céphalée ; plaques muqueuses de l'anus, des amygdales ; eczéma du scrotum ; lichen lenticulaire au jarret, etc., etc.*

Un de mes jeunes collègues des hôpitaux, élève d'un hôpital vénérien, doué d'une bonne constitution, indemne jusque-là de tous accidents syphilitiques, en fut victime pour la première fois pendant l'année 1845, dans des circonstances qui donnent quelque intérêt scientifique au fait en question. Consulté par une ex-pensionnaire de Lourcine, sur quelques ulcérations récentes des organes génitaux, le collègue dont je parle, très-expert dans ces matières, ne vit pourtant dans ces lésions très-superficielles, et tout d'abord fort insignifiantes en apparence, qu'une éruption herpétique nullement virulente ; il poussa même la confiance ou, pour mieux dire, la témérité, jusqu'à cohabiter avec sa cliente dans un moment d'oubli et d'abandon. Mal lui en prit. Jamais erreur de diagnostic ne fut plus cruellement expiée. Huit jours après cet unique commerce suffisamment suspect, et, en l'absence prolongée de toute autre espèce de rapport susceptible de contagion vénérienne, X*** vit survenir un léger écoulement par l'orifice du prépuce. De prédisposition strumeuse, affecté d'un phymosis congénial prononcé, sujet à de fréquentes atteintes spontanées de balano-posthite ulcéreuse et purulente, distrait d'ailleurs en ce moment par de graves préoccupations, il ne fit point d'abord attention à son mal. Celui-ci fit des progrès rapides. Le gland et le prépuce se tuméfièrent sensiblement, la suppuration devint sanieuse et abondante ; et, un mois après l'origine des accidents, il fut possible de constater une induration circonscrite vers la couronne du gland, soule-



vant fortement le prépuce œdématié, et un engorgement de la pléiade ganglionnaire en chapelet. Il ne restait donc plus de doute sur l'existence d'une syphilis confirmée.

X*** ne pouvait accuser de son infortune que l'épreuve regrettable dont il était évidemment la victime, et cependant il recula longtemps devant l'évidence. Tant que la conformation congéniale du prépuce, aggravée par les lésions locales, lui voila la présence du chancre, il ne soupçonna nullement la nature virulente des érosions superficielles qu'il avait attribuées chez sa consultante à une éruption herpétique et qui l'avaient pourtant bien et dûment contaminé. Ses amis ne pouvaient parvenir à le convaincre. Enfin, pour lever toute incertitude, la confrontation avec le sujet infectant ayant été obtenue, je constatai sur l'ancienne cliente en question la présence encore incontestable d'ulcérations chancreuses, molles, dont j'ai décrit minutieusement les caractères dans la première observation rapportée ci-dessus (p. 115). Mais, en même temps, survenaient chez notre infortuné collègue des phénomènes dynamiques très-accentués : tristesse, hypocondrie, cauchemar, insomnies, céphalée, brisement des membres, arthrodynies, douleur sternale fixe causant de l'oppression, fièvre erratique, dysphonie, etc., etc. Peu après et successivement, pellicules sèches et croûtes impétigineuses dans les cheveux qui commencent à tomber, ainsi que dans les poils des favoris et de la barbe, adénite cervicale, *corona Veneris*. Il était grandement temps d'inaugurer la médication.

A la fin du second mois, l'induration du prépuce diminuant beaucoup, il devient possible, après quelques efforts et en détruisant des adhérences superficielles récentes, de mettre à découvert la surface du gland et d'apercevoir un chancre solitaire, arrondi, calleux à sa base, en grande partie cicatrisé.

Il survint, en outre, à diverses reprises, de nouveaux accidents, tels que plaques muqueuses des commissures labiales, des ailes du nez, des amygdales et de la région anale ; des papules vésiculeuses du scrotum et du pli génito-crural ; des papules lichénoïdes au pli du jarret, plusieurs pustules d'ecthyma, etc., etc., tous accidents qui ont prolongé la maladie pendant près de huit mois environ, malgré le régime le plus régulier et le traite-

ment le plus assidu, prescrit alternativement avec le sublimé et le proto-iodure, et terminé par l'iodure de potassium. Il a été interrompu seulement deux ou trois fois pour un peu de stomatite et de dyssenterie. Après ces longues et dures épreuves, le malade a repris à peu près son état de santé première. Il est aujourd'hui marié et père de plusieurs enfants dont la constitution ne laisse rien à désirer. Quant à la femme dont il reçut la contagion, elle n'a jamais eu, — ni avant ni après, — d'accident constitutionnel.

L'observation précédente pourrait servir à elle seule d'enseignement. On voit si ces exulcérations simples, molles, multiples, d'apparence herpétique et innocente de la syphilis bénigne, qui ont à ce point trahi le coup d'œil d'un jeune praticien instruit et compétent, méritent le dédain de certains syphilographes. Combien de pareils aveux pourraient être faits par les spécialistes les plus exercés ! Ils instruisent plus que tous les triomphes.

Le double fait qui suit est plus récent. Nous en avons suivi jour par jour les péripéties sur le couple contaminé. En voici le procès-verbal.

OBSERVATION XLVII. — Syphilis bénigne : *Chancre mou, bubon suppuré, ulcéré, accidentellement phagédénique, sans accidents consécutifs. — Transmission d'une syphilis confirmée : chancres mous, plaques muqueuses, roséole, alopécie, angine, etc., etc.*

L'un de mes plus fidèles clients, M. Z***, âgé de trente-six ans, employé d'un ministère à Paris, véritable type de bureaucrate, d'une très-bonne santé habituelle, se présente vers la fin de décembre 1854 à ma consultation, dans un état de confusion et de trouble qui contraste avec sa placidité ordinaire. Huit jours auparavant, entraîné dans une partie de plaisir avec quelques amis, il avait eu commerce avec une personne suspecte. Un petit bouton était survenu peu de jours après sur le frein, et, le voyant chaque jour faire des progrès alarmants, mon client, homme rangé, craintif et marié, vient me soumettre la cause de

son effroi. Le cas n'était point douteux : c'était une ulcération chancreuse, arrondie, unique, taillée à pic, grise au centre, rouge sur les bords un peu déchiquetés, molle à la base, siégeant près du frein. Aux aines du côté gauche, engorgement léger et indolent. La surface de l'ulcération aussitôt cautérisée, ma préoccupation dut se porter vers la jeune femme et M. Z***, en apprenant que des rapprochements sexuels avaient eu lieu entre les époux, depuis la contamination de ce dernier, encore ignorée par chacun d'eux. Il n'était point aisé d'obtenir son consentement à un examen dont elle ne concevait point rigoureusement le motif. Cependant cette exploration ayant été possible dans la même journée, je constatai l'existence, sur la fourchette et les nymphes, de trois chancres naissants, cendrés, souples, ne remontant pas certainement à plus de deux ou trois jours : deux ressemblaient à de petites érosions superficielles, arrondies, le troisième sous forme pustuleuse. Ils furent tous les trois profondément cautérisés avec le crayon de nitrate d'argent, et la cautérisation répétée trois fois en douze jours (sur l'un et l'autre malade), ce qui ne les empêcha pas de continuer leurs progrès.

Pour initier autant que possible le lecteur à l'évolution respective des accidents, qu'il me soit permis de les indiquer ci-dessous dans un même tableau parallèle.

Monsieur Z***	Madame Z***
5 *janvier* 1854 (15 jours après la première cautérisation). Persistance du chancre unique qui s'est élargi, bords dentelés, suppuration, quelques traces d'angéioleucite locale ; engorgement ganglionnaire unilatéral et uniforme dans l'aine droite, un peu douloureux à la pression. (Repos absolu, horizontal, bains, onct. onguent napolitain.)	Nouvelles exulcérations au voisinage des premières. La plus large, parmi les anciennes, occupe la fourchette, elle est irrégulière. Ganglions légèrement engorgés des deux côtés. (4e cautérisation.)

Monsieur Z***	Madame Z***
10. Turgescence ganglionnaire dure, uniforme, arrondie, aves quelques élancements. Chancre large comme une pièce de dix sous, stationnaire, mou. (*Id.*)	L'engorgement ganglionnaire indolent, à peine accusé, n'augmente pas. Chancres au nombre de six, petits, mous, dont le fond gris se déterge sur la plupart. (5e cautérisation.)
15. Chancre sans changement. Bubon saillant surtout vers sa moitié interne et tendant manifestement à la suppuration. (Catapl.)	Les trois premiers chancres paraissent en voie de réparation. Ganglions sans changement.
18. Bubon légèrement abcédé, ouvert au moyen du bistouri. Pus abondant et louable.	Même état.
23. Chancre en voie de cicatrisation, bords mous. Bubon ouvert, béant, formant une sorte de coque dure, un peu calleuse ; plus manifestement engorgé vers la partie externe. (Inject. détersives dans le foyer abcédé, mèche de charpie, compression sur les bords.)	Progrès de la cicatrisation. Ganglions inguinaux plus distincts.
26. Le chancre reste mollasse. Le bubon s'agrandit en dehors et présente une nouvelle fluctuation, le liquide ne reflue pas dans l'ouverture cutanée. (Incision à un pouce de la précédente et se confondant avec celle-ci, injections.)	Céphalée, douleurs vagues, insomnie, tristesse, pleurs, courbature générale, altération des traits, coloration plombée, alopécie intense qui dégarnit ultérieurement tous les sourcils et la plus grande partie du cuir chevelu, etc., etc.
1er *février*. Cicatrisation du chancre avancée. Suppuration sanieuse et fond grisâ-	Chancres presque tout à fait cicatrisés, sans dureté. Malaise général plus accusé, cé-

Monsieur Z***	Madame Z***
tre, anfractueux, mamelonné du bubon. (Injection d'eau faiblement iodée, pansement avec cérat à l'iodure de plomb, 1 gr. d'iodure de potassium matin et soir.)	phalée exacerbante la nuit, bouffées de chaleur, ptyriasis du cuir chevelu, alopécie, adénite sous-maxillaire. (Proto-iodure de mercure, $0^{gr},05$ par jour.)
4. Chancre cicatrisé entièrement. Le bubon prend l'aspect phagédénique. Les bords en sont durs, déchiquetés, entourés d'un limbe livide, le fond grisâtre, le pus ichoreux. (Badigeon avec la teinture d'iode caustique.)	Même état, et, en outre, roséole générale très-distincte (sauf à la face) ; granulations de l'aile du nez ; enchiffrenement et sécheresse de la pituitaire). (*Id.*)
8. Les bords du bubon converti en ulcère assez vaste (de $0^{m},1$ au moins de diamètre dans le sens du pli de l'aine) sont frangés, découpés en languettes décollées et parsemés d'érosions. (*Id.*)	Plaques muqueuses sur le pli génito-crural. Rien à la vulve où les chancres tous cicatrisés ne sont plus sensibles que par une petite tache sombre. (*Id*).
12. Le phagédénisme augmente. (Résection des languettes et des bords.)	Raucité de la voix, ulcérations grisâtres sur les amygdales, stomatite. (Suspendre le traitement mercuriel.)
16. L'ulcère occupe toute l'étendue de l'arcade. Ses bords sont décollés, non serpigineux. (Pansements avec le perchlorure de fer à divers degrés de concentration.)	Nouvelles plaques muqueuses s'étendant des premières à la région anale. (Cautérisations répétées.)
20. Marche envahissante du bubon. (*Id.*)	Écoulement vaginal muco-puriforme, exulcération granuleuse, sur le col utérin, à la lèvre postérieure. La stomatite a disparu. (Traitement mercuriel.)

Monsieur Z***	Madame Z***
1er *mars*. Loin de tendre à la cicatrisation, le fond du bubon se creuse davantage, ses bords s'étalent et se découpent en nouvelles languettes amincies, bientôt dévorées par le travail ulcérateur. Il en découle une sanie ichoreuse, sordide. Les douleurs sont assez aiguës. A l'intérieur, la solution suivante R. : Liqueur de Fowler 4 gouttes, eau distillée 200 grammes, m., à prendre 3 cuillerées à bouche par jour ; à l'extérieur, pansement avec la poudre suivante : Acide arsénieux, $0^{gr},10$, poudre d'amidon, 100 grammes, m. intimement.	Une des plaques des plis radiés de l'anus passe à l'état condylomateux. Nouvelle inflammation gingivale. La malade a, en ce moment, des plaques muqueuses des organes génitaux, de l'anus, des amygdales, des ailes du nez, un ptyriasis du cuir chevelu, de la céphalée, de l'alopécie, l'adénite sous-maxillaire et post-cervicale, le coryza, une ulcération grisâtre des joues près de la dernière molaire, une ulcération du col utérin, la roséole encore très-manifeste. (Suspendre de nouveau le traitement.)
5. État stationnaire de l'ulcère phagédénique qui présente plutôt un semblant d'amélioration. (Même traitement.)	L'inflammation gingivale diminue. (Liq. de Wan-Swieten : 1 cuill. à dessert par jour dans une tasse de lait, en deux fois.)
12. Amélioration progressive. Bourgeonnement du fond, aspect moins livide, suppuration plus louable. (*Id.*)	La plupart des plaques entrent en résolution, l'angine diminue, la roséole s'éteint. (*Id.*)
20. La cicatrisation marche sans encombre.	Disparition progressive des accidents. (*Id.*)
1er *avril*. Il ne reste plus qu'une petite partie de l'ulcère à cicatriser. (*Id.*)	Nouvelle poussée d'exanthème roséolique sur les membres, attribuée à un bain trop chaud. (*Id.*)

Monsieur Z***	Madame Z***
15. Cicatrisation complète. (Cessation de tout traitement.)	Encore quelques taches, mais il ne reste plus d'autre accident. (Le traitement est continué pendant un mois.)

Depuis cette époque, je n'ai point perdu de vue les époux Z***. Ni l'un ni l'autre n'ont jamais éprouvé aucun accident vénérien consécutif. Seulement trois ans après, la jeune femme a été prise d'une attaque de folie (forme commune) assez grave, qui a duré près d'une année, mais dont elle est parfaitement guérie. Sa santé ne laisse rien à désirer aujourd'hui. Il en est de même de son mari qui..., honteux et confus, jura, mais un peu tard, qu'on ne l'y prendrait plus.

Nous pensons que ce fait ne peut rien laisser à désirer sous le rapport qni nous occupe. C'est bien un exemple de chancre accidentellement phagédénique, non infectant, transmis sous forme de chancre à base molle et infectant, — la syphilis bénigne d'un sujet sain communiquant à un autre sujet sain la syphilis confirmée.

Ici se placerait le petit mélodrame syphilitique en deux actes de MM. Clerc et Cullerier, rapporté tout à l'heure.

Enfin, il faut, — sans nous lasser, — rappeler à M. Diday, devenu dualiste, un exemple emprunté à M. Diday, jadis observateur (1) :

Observation XLVIII. — « Vers 1847, un artisan me consulta pour un chancre *simple*, le premier qu'il eût eu avec bubon *suppuré* et virulent. Avant que le bubon fût en réparation, il voulut se marier et se maria, voulut cohabiter et cohabita, malgré ma défense formelle et réitérée. A quelque temps de là, sa femme, jeune et innocente (un spécialiste ne s'y trompe guère), me fut par lui amenée pour un chancre de la grande lèvre, et au bout de trois semaines (5 semaines environ après le début présumé de l'ulcère), elle eut une *roséole*, avec *alopécie* et *acné* du

(1) *Gaz. méd.*, 1853, p. 10

cuir chevelu, — le tout *très-caractérisé*. Le mari échappa. Pour l'observer mieux, je lui donnai ma pratique ; *jusqu'à ce jour* (4 ans après), *il n'a eu rien de constitutionnel...* »

Ce fait « laissa dans ma mémoire (dit l'auteur) une impression profonde. » Cette impression profonde s'est un peu vite effacée.

Forme confirmée.

La syphilis confirmée se transmet fréquemment sous la forme bénigne chez un sujet anciennement ou actuellement syphilitique : transmission qui n'est point contestée et dont il serait superflu, par conséquent, de rapporter des témoignages.

Il est plus intéressant de suivre cette transmission chez un sujet sain.

OBSERVATION XLIX. — Une dame R... fut atteinte, à la suite de rapports antiphysiques, de sept chancres siégeant autour de l'anus, larges, à fond grisâtre, à bords découpés et décollés, entourés d'une auréole inflammatoire, présentant tous les symptômes des chancres *phagédéniques* serpigineux. Des lotions avec la liqueur de Labarraque, des pansements avec cette liqueur étendue et l'administration du tartrate ferrico-potassique triomphèrent en un mois et quelques jours de cette affection. Madame R... n'avait jamais eu la syphilis constitutionnelle et n'en a présenté depuis aucun symptôme.

M. R... n'ignorait pas qu'il était malade lorsqu'il se laissa aller aux rapports honteux dont sa femme portait les traces... Il avait un chancre *induré* avec une adénite inguinale double, lequel fut promptement suivi de douleurs rhumatoïdes et d'un impétigo confluent à la tête. Malgré le traitement, il eut plusieurs des accidents graves de la syphilis, entre autres une éruption ecthymateuse très-rebelle au bas des jambes, et des syphilides cornées à la paume des mains (1).

(1) Melchior Robert, *Faits et considérations à l'appui de l'unicité du virus chancreux*, 1857, résumé.



Observation L. — M. P..., qui antérieurement n'avait jamais eu de maladie vénérienne, vint me consulter (1859) pour un chancre dont il était affecté depuis quelques jours sur le prépuce. Ce chancre ne présentait *aucune induration* et n'a donné lieu à aucun engorgement ganglionnaire. Après un mois environ d'un traitement local..., il guérit sans laisser de traces... M. P... n'a jamais présenté de symptômes constitutionnels. La femme qui lui avait communiqué son chancre (il n'en avait pas vu d'autres depuis plus de deux mois) portait, sur la face interne des grandes lèvres et au pourtour de l'anus, un groupe de plaques muqueuses sans traces de chancres. Les ganglions inguinaux n'étaient point engorgés. Sur les amygdales, plaques opalines ; sur le cuir chevelu, plusieurs papules croûteuses avec tuméfaction dure et indolente des ganglions occipitaux. Quant à M. P..., il n'a jamais eu qu'un chancre *simple* (1).

Inutile de poursuivre. Il suffit de rappeler le souvenir des observations contenues dans les catégories précédentes, démontrant le chancre simple placé entre deux chancres infectants, « dont l'un est son ascendant, l'autre son rejeton (Gonnard). »

Le dernier groupe de faits qu'il nous reste à examiner tranche à lui seul la question :

Syphilis simple et syphilis confirmée provenant d'une source unique.

M. Maratray rapporte le fait qui suit (1) :

Observation LI. — « Vers le mois de septembre 1852, un de mes amis, sous le coup d'une diathèse syphilitique, me consulta sur certain ulcère qu'il portait vers le frein et qu'il imputait à un coït datant d'une dizaine de jours. Il est facile, à première vue, de reconnaître un ulcère spécifique à tendance phagédéni-

(1) Langlebert, *loc. cit.*, p. 356, résumé.

(2) Thèse inaugurale. *De la syphilis primitive ou locale.* 1854.

que. Il m'apprit alors qu'un autre jeune homme, qui avait eu le même jour des rapports avec la même femme, portait aussi presque au même endroit un ulcère moins douloureux, qu'après examen je reconnus manifestement pour un chancre induré; je trouvai d'ailleurs parfaitement caractérisée la pléiade ganglionnaire. Je demandai à voir la femme, cause présumée de la contagion. Mon attention se porta tout d'abord vers la fourchette, ce siége de prédilection du chancre chez la femme, et cela d'autant mieux que j'avais été frappé de l'étrange coïncidence des ulcères du frein. Je ne tardai pas à découvrir un ulcère spécifique en voie de réparation ; le toucher suffit pour reconnaître un noyau dur, cartilagineux, élastique, blanchissant par la dépression des tissus voisins ; tous les caractères de chancre induré étaient réunis ; la pléiade ganglionnaire, quoique plus difficile à constater, était cependant sensible par la comparaison des ganglions affectés avec ceux du côté sain. Malgré tous mes soins, je ne pus découvrir autre part aucune ulcération qui me rendît compte de la naissance du chancre phagédénique. . . . .

« Chez le premier malade, un pansement bien conduit avec le vin aromatique amena une assez prompte guérison. Quant aux deux chancres indurés, la cicatrisation commençait et ne tarda pas à être complète. Tenu au courant de cette observation, j'appris que des accidents secondaires s'étaient montrés chez l'homme et chez la femme, malgré un traitement mercuriel de quelque temps. »

Melchior Robert résume ainsi l'une de ses observations :

Observation lii. — « Nous traitons en ce moment trois jeunes gens qui ont contracté des chancres avec la même femme, et à de si courts intervalles, qu'il n'y a pour nous aucun doute que leur maladie n'ait été occasionnée par le même accident. Aucun de ces malades n'avait eu encore la syphilis. Eh bien, chez deux d'entre eux les chancres sont indurés et ont donné lieu aux prodromes de la syphilis. Chez le troisième, le chancre est devenu phagédénique, pultacé, a duré très-longtemps, et s'est enfin terminé après l'usage du fer, sans laisser d'induration. Je viens d'apprendre à l'instant même qu'une quatrième victime du



même amour est étendue dans son lit, avec deux bubons suppurés (1). »

Le docteur Rey, de Grenoble, dans une lettre adressée à M. Ricord, raconte la suivante observation (2) dont nous ne voulons pas atténuer la verve piquante par un incolore résumé :

OBSERVATION LIII. — « Deux jeunes gens, de dix-sept à dix-huit ans, bien déterminés à éliminer l'inconnue qui tourmente cet âge, s'adressèrent à une jeune personne dès longtemps préparée à ce genre de problèmes. Mais dans le combat les deux vainqueurs furent blessés. Douze ou quinze jours après l'action, j'étais appelé à constater *de visu* les dégâts survenus dans les rangs des parties belligérantes. Le premier blessé qui se présenta dans mon cabinet portait sur le prépuce un chancre induré, unique, accompagné de la pléiade ganglionnaire indolente consacrée. Informé par ce malade des circonstances qui avaient donné lieu aux accidents pour lesquels j'étais consulté, je pris la résolution d'en faire l'analyse approfondie et d'attendre les événements.

« Un point surtout avait excité considérablement ma curiosité. Le second blessé, au dire de son compagnon d'infortune, portait sur le prépuce deux petites plaies en suppuration et douloureuses. L'une des aines commençait à se tuméfier et à gêner les mouvements du membre pelvien correspondant. Je demandai à le voir, et je constatai quatre chancres en pleine activité, avec une mono-adénite inflammatoire. Je prescrivis des pansements avec le vin aromatique au premier malade, et quelques jours plus tard tout avait disparu : au second, des lotions émollientes, sangsues et cataplasmes dans la région inguinale les chancres s'amendèrent peu à peu, le bubon fut ouvert et la guérison des accidents locaux ne tarda pas à être obtenue.

« Il me restait à visiter l'arme empoisonnée qui avait causé tout ce ravage. La détentrice fit d'abord quelque résistance et

(1) Melch. Robert, *Traité des maladies vénériennes*, 1853, p. 213.
(2) *Annuaire de la syphilis*. Lyon, 1859, p. 83.

finit par s'exécuter. Je reconnus alors un magnifique chancre induré de la fourchette avec une double adénite indolente, multiple, et, malgré mes investigations minutieuses et réitérées, il me fut impossible de rien reconnaître de plus dans aucun des points de l'organe soumis à mon examen le plus attentif.

« Un chancre induré sur l'un de mes deux malades et quatre chancres mous sur l'autre, tels avaient été les résultats de la journée. Ces accidents émanaient d'une même source, le chancre induré de la fourchette. Les uns et les autres étaient apostillés par les signes adénopathiques distinctifs.

« Il fallait encore étudier les circonstances de cette double inoculation. Pouvait-on admettre, par exemple, que le premier assaillant, ayant épuisé dans ses efforts toute l'activité du virus déposé à la surface de l'ulcère contaminant, n'avait laissé au second que les chancres d'un virus énervé ? C'était précisément celui-ci qui avait donné l'assaut le premier. On pouvait encore supposer que le conquérant des quatre chancres mous jouissait héréditairement d'une certaine immunité contre l'infection constitutionnelle. Mais le père de ce jeune homme, interrogé par moi, me donna des preuves certaines qu'aucun indice de vérole n'avait jamais souillé ni lui ni son arbre généalogique. Enfin, pouvait-on trouver dans les différences de tempérament, de constitution, l'explication des effets si opposés d'une même cause ? Nos deux malades étaient du même âge, tous deux bruns, presque jumeaux.

« Le doute n'était plus permis : un chancre induré avait inoculé dans la même séance et sur deux débutants, à l'un un chancre induré, à l'autre des chancres mous.

« Sur ces entrefaites, les événements ou plutôt les accidents attendus se manifestent. Chez la jeune fille, objet de ce débat, une roséole ; chez le premier blessé, des ganglions céphaliques puis des plaques muqueuses à la gorge. Traitement spécial, amendement des accidents au bout de quelques jours. Quant au second blessé, après six mois et demi, rien de semblable ne s'est encore montré. »

La plupart des observations que nous venons de rapporter, maintes fois opposées déjà aux prétentions du dualisme,

n'ont point reçu de réponse. Il semble qu'on veuille les esquiver. C'est une raison de plus pour nous de les reproduire ici. Peu importe leur nombre restreint. « Il suffit, comme a dit M. Gonnard, que ces faits manifestent une pathogénie possible; la nature saura en multiplier les exemples pour les observateurs attentifs. »

§ 3. — Caractères de l'hybridité

Du chancre mixte.

A peine édité, le système dualiste, sans cesse modifié par ses partisans, devait subir de l'un d'eux l'atteinte la plus grave, la fin la plus imprévue. Sous prétexte d'une restauration, M. Rollet l'a détrôné pour lui substituer une nouvelle façon d'hypothèse vaillamment soutenue, d'ailleurs, par ses jeunes élèves.

Abandonnant les anciens sentiers frayés par le dualisme, l'école lyonnaise ne se fait plus scrupule d'avouer en réalité que le chancre infectant n'a pas toujours les caractères de l'incubation prolongée, de l'induration et de la non-réinoculabilité, et que le chancre mou peut transmettre au porteur et à autrui la syphilis constitutionnelle, — à une condition toutefois, c'est que ce chancre dur, qui a les caractères du chancre mou, et que ce chancre simple, qui a les suites du chancre infectant, résultant du croisement de l'un et de l'autre, sont le *métis* de tous les deux. Dans cette interprétation, les chancres dur et mou, — associés ou superposés ou venant à se rencontrer — s'accoupleraient pour donner naissance, par le mélange de leur virus, à un produit hybride, participant à la fois de la nature et des qualités de ses deux ascendants, — susceptible de se reproduire dans son espèce. Tel est le chancre *mixte* de M. Rollet.

Cet aspect nouveau de la question a suscité quelques faits

curieux — jusqu'à présent inaperçus — dont l'interprétation erronée ou systématique ne doit pas nous empêcher de tirer profit.

Suivant M. Nodet, le plus zélé et le plus récent historien du chancre mixte, Carmichaël semble en avoir eu le pressentiment dans sa description du chancre élevé : « Cet ulcère primitif, — dit le chirurgien irlandais, — n'a pas la base *indurée* du chancre syphilitique, ni les *bords à pic* du chancre pustuleux, ni l'*aspect* particulier du chancre phagédénique... C'est le trait d'union naturel entre le chancre simple, chancre de Galien, et le chancre phagédénique... ». Nous le répétons, l'école de Lyon se dispute l'héritage de Carmichaël. On lui devra bientôt la résurrection complète de la doctrine irlandaise des quatre virus. Déjà elle reconnaît l'ulcère contagieux ou de Galien, le chancre syphilitique ou de Hunter, l'*ulcus elevatum* ou de Carmichaël (devenu chancre *mixte* ou de M. Rollet) ; encore un pas, et elle saluera sans peine, comme quatrième espèce distincte, le chancre phagédénique ou de Celse, lequel n'est pas le plus indigne de cet honneur.

Il est très-certain que la syphilis bénigne se transmet avec la plus grande facilité sur un individu porteur des accidents initiaux de la forme confirmée, et qu'il en résulte côte à côte, et sans doute parfois mélangées, des ulcérations d'un aspect et de caractères différents. Nous avons fréquemment observé, à l'hôpital de Lourcine, des sujets présentant simultanément des chancres simples et d'autres indurés : et c'est peut-être bien à une double source contagieuse que la diversité des accidents était due et puisée. Étudiant à cette époque les caractères différentiels des formes syphilitiques, ces faits avaient attiré singulièrement notre attention : qu'il me soit permis de citer, pour les der-

nières fois, les observations suivantes — ne serait-ce que pour leur seul intérêt rétrospectif :

OBSERVATION LIV. — Syphilis confirmée : *Chancres divers, indurés, mous, pultacés, pléiade ganglionnaire, roséole.*

Alphonsine Chevet, âgée de dix-neuf ans, marchande, entrée le 9 novembre 1844, salle Saint-Bruno, n° 35, à Lourcine (service de M. Cullerier).

Bonne constitution ; malade pour la première fois, — depuis un mois ; nul traitement. La seule personne avec laquelle elle a eu des relations est entrée aux Vénériens pour des chancres. Le premier dont elle s'est aperçue elle-même est sur la grande lèvre gauche.

État actuel : chancres aux grandes et petites lèvres ; céphalée, courbature, adénites inguinales et post-cervicales, roséole générale commençante.

Traitement par les pilules de protoiodure le 13 novembre, sans interruption jusqu'à la guérison et à la sortie le 1er janvier.

Suivent en particulier les caractères et les évolutions des accidents primitifs :

Sur la grande lèvre gauche.	Sur la grande lèvre droite.	Sur les petites lèvres.
9 *novembre*. Ulcération de la dimension d'une pièce de deux francs, ovalaire, à grand diamètre vertical. Surface livide, sèche, élevée ; bords peu circonscrits. *Induration caractéristique* à la base et à la périphérie.	Ulcération plus petite, correspondante à la précédente. Surface rouge, humide. *Nulle induration*.	Plusieurs ulcérations, arrondies, superficielles, grisâtres, bords nettement découpés. *Sans la moindre apparence d'induration*. L'une en haut, sur le bord antérieur, c'est la plus large ; les autres, plus petites et plus superficielles, à la face interne des deux côtés.
10. Inoculation pratiquée sur la cuisse droite sans résultat consécutif.		

Sur la grande lèvre gauche.	Sur la grande lèvre droite.	Sur les petites lèvres.
15. Le fond s'excave et les bords s'élargissent...	Inoculation sur la cuisse droite *sans résultat consécutif.*	Pellicule diphtéritique adhérente. Développement de l'ulcération la plus large.
20. Aspect légèrement phagédénique. (Iode caustique.)	Fond rouge piqueté, un peu bourgeonneant, sans dureté. (*Id.*)	L'exfoliation de la pellicule laisse à nu une petite escharre arrondie, à pic, large comme une pièce de dix sous. (*Id.*)
25. Phagédénisme. (*Id.*)	Tend à la cicatrisation.	Ulcération creusant en profondeur, et se couvrant d'un nouveau dépôt pultacé. (*Id.*) Les petites ulcérations sont complétement cicatrisées.
29. Meilleur aspect. (Cérat mercuriel.)		
4 *décembre*. Liséré violacé des bords, bourgeonnement du fond.	Progrès de la cicatrisation.	Fond rouge.
11. Bords livides, ardoisés.		Cicatrisation définitive.
13. Cicatrisation au centre, circonférence bistre.		
20. Cicatrisation complète.		
31. Induration persistante.	Nulle trace d'induration.	Nulle trace d'induration.

Tous les accidents secondaires et la roséole ont entièrement disparu à cette dernière époque.

OBSERVATION LV. — Syphilis confirmée : *Chancres mous des petites lèvres, indurés des grandes lèvres, ulcération chancreuse du col utérin. Symptômes secondaires, roséole.*

Adèle Trigan, âgée de dix-sept ans, couturière, entre le 17 août 1844, salle Saint-Bruno, n° 7, à l'hôpital de Lourcine (service de M. Cullerier).

Bonne constitution. Malade pour la première fois; affirme n'avoir eu des relations qu'avec une seule personne dont le mal lui est inconnu. Les accidents actuels remontent à un mois avant l'entrée ; ils consistent en : 1° une ulcération chancreuse du col utérin avec écoulement muco-purulent ; 2° chancres divers des parties génitales ; 3° engorgements ganglionnaires indolents et insignifiants.

Le chancre utérin n'étant pas cicatrisé, deux mois après l'entrée de la malade, il survient une roséole générale. Traitement par le protoiodure de mercure, suspendu seulement cinq jours pour une stomatite. Guérison et sortie le 7 décembre suivant.

Caractères des chancres externes

Sur les grandes lèvres.	Sur les petites lèvres.
17 *août*. Deux ulcérations siégeant, partie sur le bord antérieur, partie sur la face interne de la grande lèvre gauche, ovalaires, de la dimension d'une pièce de 25 centimes ; bords taillés à pic, non amincis ni décollés ; auréole rouge, étroite ; fond rougeâtre, grenu; *base indurée fortement*. En outre, le tissu cellulaire de la grande lèvre est œdémateux.	Une ulcération *molle* de la largeur d'une pièce de 20 sous à la face externe de la nymphe gauche.
21. Inoculation sans résultat.	
24. Elévation du fond ; liséré rouge sur les bords. Induration encore mieux caractérisée par la diminution de l'œdème du voisinage.	

Sur les grandes lèvres.	Sur les petites lèvres.
28. Fond rouge, bourgeonnant, malgré les cautérisations.	Fond grisâtre, couenneux, mou.
31. Le fond s'élève au-dessus des bords.	Fond diphtéritique très-déformé.
7 *septembre*. Cicatrisation.	Exfoliation des couennes.
11 — —	Fond rouge, bourgeonnant.
18. L'induration calleuse persiste.	Cicatrisation sans dureté.

Quant au chancre du col utérin, existant au début, sous forme d'érosion rouge, nettement arrondie, il a progressé peu à peu, de manière à occuper, au commencement du mois d'octobre, tout le museau de tanche, et ne s'est cicatrisé entièrement que vers la fin du même mois.

Le 19, développement des croûtes à la tête et roséole générale, qui disparaissent au bout de quatre semaines.

Toute la question serait de savoir si le même foyer virulent, dur ou mou, primitif ou secondaire, ne peut produire sur le même sujet — à la fois, dans la même localité — un ou plusieurs chancres restant souples, pendant qu'un autre chancre, de même date, passe à l'état plastique ou à l'état condylomateux. Il y a toutes présomptions de croire que l'observation ultérieure, provoquée sur ce problème nouveau, ne tardera pas à le résoudre par l'affirmative (1). Quant à nous qui ne trouvons la raison de la diversité des accidents, ni dans la constitution des individus, ni dans la nature du virus, il ne nous paraît pas plus difficile de voir, à la suite d'une même contagion, les deux variétés chancreuses, sur un même porteur, que chacune d'elles sur deux imprudents qui ont étanché successivement leur soif à la même source empoisonnée. Mais ceci n'est qu'une présomption.

(1) Ainsi que le démontrent déjà plusieurs de nos observations sur la transformation condylomateuse des chancres.

Le premier parrain de l'hybridité est M. Clerc. Il fait de son *chancroïde* un dérivé de la syphilis, — un véritable hybride, — comme la varioloïde et la vaccinoïde sont des hybrides de la variole et du vaccin. Mais pendant que le chancre hybride de M. Clerc reste mou et n'a point de suites, le caractère propre du chancre hybride de M. Rollet est de s'indurer tardivement et de produire les accidents constitutionnels.

M. Fournier avait entrevu plus implicitement la thèse du chirurgien de Lyon. « Il se peut, — avait-il dit en 1858 (1), — qu'un chancre infectant soit souillé, à une époque variable de son existence, par du pus de chancre simple, et que l'ulcération prenne les caractères du chancre simple. » Cette éventualité douteuse, il était réservé à M. Rollet d'en démontrer la réalité par l'organe de l'un de ses élèves, M. Laroyenne qui en a exposé avec talent les premiers essais en 1858.

Sur un chancre *induré*, du méat, avec adénite multiple, *inoculé sans résultat*, — le pus d'un chancre *simple* ayant été déposé, cinq jours après une seconde inoculation développa la pustule chancreuse. — Trois autres expériences analogues sont notées par M. Laroyenne avec le même résultat.

Deux ans après, M. Basset a fait connaître (2) quatre expérimentations semblables.

Ces observations ont été reprises en Angleterre, en Allemagne, à Paris, à Lyon surtout. Voici seulement un fait de M. Lindwurm :

«.... Chancre de la rainure, avec adénite multiple et la base indurée. On inocule le malade au bras avec le pus de son chancre : le résultat fut négatif. D'un autre côté, on inocula le

(1) *Leçons sur le chancre*, p. 118, en note.

(2) *De la simultanéité des maladies vénériennes*, Thèse, Paris, 1860.

même malade à l'autre bras avec du pus de chancre simple ; le résultat donna un chancre simple, avec le pus duquel on inocula la surface du chancre induré. Deux jours après, le chancre induré *changea de forme, suppura beaucoup, se creusa* ; on réinocula le malade avec le nouveau pus : le résultat donna un chancre simple (1). »

Les mêmes expériences ont été reprises à Marseille par Melchior Robert :

« Lorsqu'on applique à la surface d'un chancre induré un plumasseau de charpie imbibé de pus de chancre simple, ou que l'on dépose simplement sur cette surface une certaine quantité de ce même pus, il arrive le plus souvent que l'ulcération, auparavant presque sèche, devient le siége d'une suppuration plus abondante, et qu'elle s'élargit ou s'approfondit plus ou moins.

« Les résultats de cette greffe ne sont pas toujours identiques. Ainsi, dans quelques cas, le contact du pus du chancre simple a eu pour effet d'imprimer à l'ulcération une marche très-rapide vers la guérison ; c'est surtout lorsque cette ulcération était recouverte d'une pseudo-membrane très-adhérente qui la rendait stationnaire et réfractaire à tous les moyens dirigés contre elle.

« Lorsque ce genre d'inoculation réussit, la surface de l'ulcération s'agrandit, suppure abondamment et fournit un pus inoculable au plus haut degré, et la sécrétion qui, auparavant ne s'inoculait pas au malade, est assez active pour produire sur lui des chancres assez étendus.

« Nous ajouterons cependant qu'il nous a été impossible dans quelques circonstances, et, quelle que fût l'énergie du pus employé, d'inoculer la surface du chancre induré.... (2). »

Voilà donc un premier fait qui semble bien établi, et nous n'hésitons pas à reconnaître la réalité de ce résultat, dans sa limite expérimentale. Nul doute que la contagion natu-

(1) Cité d'après M. Nodet, *loc. cit.*, p. 102.
(2) *Loc. cit.*, p. 263.

relle puisse reproduire, en de certaines rencontres, ce mariage artificiel opéré à la pointe de la lancette, et qu'il en résulte, dans ces circonstances, la lésion hybride en question.

Cependant, suivons toujours le témoignage des faits.

En second lieu, que résulte-t-il du dépôt, à la surface d'un chancre simple, du pus pris sur un chancre induré ? L'école de Lyon recule devant l'expérience. Ses scrupules l'honorent, mais ne l'autorisent pas à conclure dans un sens ou dans un autre. Lors donc, qu'elle affirme encore l'hybridité du résultat dans ces conditions, elle émet une assertion gratuite simplement.

Au reste, l'expérience a été faite à Marseille, au moins, dans un but thérapeutique :

Ayant observé que, dans quelque cas, le pus du chancre simple inoculé sur le chancre induré modifiait la marche de celui-ci et hâtait sa guérison ; que, de plus, dans ces mêmes cas, l'apparition des symptômes secondaires se trouvait retardée (jusqu'à 5 mois) en l'absence de tout traitement ; enhardi par ces résultats, Melchior Robert a essayé de greffer le chancre induré sur le chancre phagédénique, espérant ainsi arrêter la marche envahissante de ce dernier. Or, toutes ces tentatives sont restées infructueuses ; jamais il n'obtint d'induration ; jamais il n'a pu limiter ainsi la marche de l'ulcère rongeur. Les malades n'ont eu ni adénites multiples ni syphilis constitutionnelle.

D'où l'auteur conclut que la présence du virus du chancre simple est un obstacle à l'action du virus du chancre induré.

En troisième lieu, enfin, quel est le résultat acquis à l'insertion expérimentale d'un mélange du pus appartenant aux deux chancres?

« Si sur la pointe d'une lancette, dit M. Nodet, on mélange du pus de chancre simple avec du pus d'accident primitif ou secondaire, ou bien avec du sang d'un syphilitique, et qu'on en inocule un individu vierge de syphilis, il se produit un chancre mixte au lieu inoculé (1). »

Soit. Mais la preuve? « Nous qui croyons, ajoute le même auteur, à l'identité des résultats comme à une vérité mathématiquement démontrée, nous ne pouvons entreprendre de pareilles expériences... » Mais ceux qui croient à l'observation s'en tiennent à ses données. Il faut encore les emprunter à Melchior Robert.

«... Si, sur une même écorchure, on dépose en même temps du pus de chancre simple et du pus de chancre induré, l'action du premier neutralisera à coup sûr celle du second, et l'on verra naître et se développer le chancre mou et non le chancre mixte. Si l'on mélange par avance les deux virus et qu'on les inocule à la lancette, le résultat sera le même que précédemment (2). »

« Aussi, ajoute Melchior Robert, n'avons-nous observé d'emblée ce chancre mixte admis par M. Rollet. »

L'on peut donc conclure, avec le chirurgien de Marseille, à la possibilité du chancre mixte naturel dans la circonstance suivante, seulement, à savoir : lorsqu'un individu porteur d'un chancre induré vient à avoir des rapports avec un autre atteint de chancres simples en période de progrès.

Telle est jusque ici, du moins, la limite expérimentale de la question de l'hybridité chancreuse soulevée par M. Rollet.

Quelle en est la vérification clinique? Dans tous les faits à notre connaissance, M. Rollet et ses élèves établissent la

(1) *Loc. cit.*, p. 101.
(2) *Loc. cit.*, p. 263.

démonstration du chancre mixte uniquement et exclusivement sur l'inoculabilité de l'ulcération primitive, son aspect, l'absence de l'incubation prolongée, le développement de l'induration tardive, la complication plus ou moins fréquente du bubon suppuré : tous caractères justement en question. Ils s'attachent à prouver que le chancre est mixte, non par les preuves de sa double origine, les seuls rigoureusement recevables dans l'espèce, mais par les attributs dont généreusement ils le gratifient. Rencontrant soit un chancre mou suivi de symptômes confirmés, soit un chancre dur réinoculable, à incubation précoce ou escorté de bubon suppuré, ils le veulent mixte, parce que cela est, non dans les faits, mais dans leurs préventions. Ce n'est donc pas sur l'observation que se fonde M. Rollet, mais sur une visée de l'imagination ; non sur la clinique, mais sur une pétition de principes. Aussi ne faut-il pas trop s'étonner si certains médecins ont traité sévèrement le système nouveau venu; si M. Michaëlis a pu le signaler comme un jeu d'esprit réfuté par les recherches exactes; si M. Langlebert enfin a décoché tout récemment contre le chancre *mulet* les traits de sa mordante ironie.

Pour nous, nous retenons le fait, indéniable dans la mesure de sa vérification expérimentale et de sa justification rationnelle. Il nous montre que l'insertion du pus de chancre simple à la surface du chancre induré a pour résultat d'augmenter la purulence et d'exalter l'activité de ce dernier et de lui communiquer ainsi le degré de contagiosité dont il jouit : ce qui nous fournit ainsi une preuve de plus de l'activité variable dévolue au pouvoir contagieux de chacun d'eux. A la suite de cette prétendue greffe, ce n'est point l'individu transplanté qui se substitue à son support, ce n'est point surtout un virus véritablement hybride qui se

forme, un être nouveau qui apparaît. Nullement. On voit survenir quelques modifications accidentelles dans la lésion; puis, la syphilis confirmée reprend sa marche ordinaire après ce retard et ces oscillations. Encore une fois, ce fait a son intérêt; il porte ses déductions légitimes. Mais n'est-ce pas violer toutes les règles de la logique, de l'observation et de l'analogie que de bâtir sur une pareille donnée l'hypothèse d'une troisième *espèce* de chancre ou de virus, se transmettant dans son développement accidentel et se répétant d'âge en âge, sous sa forme spécifique obligée?

En acceptant le fait dans ce qu'il a de réel, nous repoussons donc, avec d'autant plus de rigueur, l'interprétation dans ce qu'elle a de forcé.

Nous avons vu que cette hypothèse, au point de vue du raisonnement, repose surtout sur une pétition de principes, que ses prétentions, au point de vue de la clinique, dépassent la portée des faits observés. Ajoutons, sous ce dernier rapport, qu'elle est nécessairement insuffisante à les comprendre et que le chancre mixte n'a que faire dans les cas, par exemple, où un seul et unique foyer morbide communique des accidents de forme variée à ses visiteurs successifs.

Quels efforts d'imagination pour soumettre ces faits rebelles aux artifices de la théorie! Il s'est trouvé, pour répondre à l'observation accablante du docteur Rey (1), un dualiste déclarant sérieusement que la femme qui avait infecté les deux jeunes imprudents *devait avoir* un chancre mixte, et que, de ses deux victimes, l'une avait absorbé le pus du chancre simple, ne laissant à l'autre moins avisée que le pus du chancre infectant (2)!

(1) Voir ci-dessus p. 484.

(2) « Nous n'inventons pas, — disait F. Gabalda, — cette ingénieuse explication du fait en question a été donnée par un dualiste, dont nous

Et pour expliquer comment le chancre mou d'un syphilitique a pu transmettre à un sujet sain un chancre infectant, ne voyons-nous pas MM. Basset, Nodet, etc., faire intervenir la ressource inopinée du sang syphilitique? Dans ces cas, suivant cette nouvelle explication ingénieuse, ce n'est pas le pus du chancre mou qui est le coupable : c'est le sang. « Pour goûter cette interprétation, dit M. Gonnard (1), il faut admettre bien des choses; que dans *tous* ces cas, les chancres mous des syphilitiques ont saigné et qu'il y a eu plaie chez les sujets infectés; que, dans tous ces cas, l'infection par le sang a été efficace, alors que... » N'insistons pas sur des conjectures qui montrent assez à quels abois sont réduits les partisans du système de l'hybridité en présence des faits.

Enfin, l'analogie met en relief la contradiction d'un être ou virus hybride — se perpétuant dans ses caractères, sous une espèce distincte, — avec les résultats généraux de l'hybridité qui sont : l'infécondité ou le retour gradué au type commun. L'hypothèse de M. Rollet tombe donc sous les coups de la critique suivante de M. Langlebert. « Depuis bientôt quatre cents ans que la vérole règne en Europe, le chancre mulet, s'il existait, se serait trouvé bien des fois en contact équitable, non-seulement avec ses congénères, mais encore avec les deux autres chancres, ses premiers parents. De ces mélanges incestueux auraient dû forcément naître une foule de nouvelles formes ou espèces chancreuses dont le nombre échappe à toute mesure..... et, à l'heure présente, nous n'aurions certainement plus, ou à peu près, que des chancres mulets à tous les degrés imaginables d'hybridité, ainsi qu'il

tairons le nom, ne voulant molester personne. » Réserve que nous imitons.

(1) *Essai critique sur la dualité chancreuse*, Thèse. Paris, 1863.

serait arrivé pour les espèces vivantes, animales ou végétales, si la nature, plus prévoyante que M. Rollet, n'avait mis une barrière à ce polymorphisme sans frein, en frappant les métis d'infécondité (1). »

En résumé, nous trouvons à l'appui de notre thèse, dans les travaux récents de l'école lyonnaise, des aveux et des faits nouveaux.

Les aveux consistent à reconnaître aujourd'hui que le chancre mou peut être suivi d'accidents constitutionnels ; que le chancre dur présente parfois l'incubation éphémère, la réinoculabilité, l'adénopathie suppurée, etc., etc., aveux tardifs, mais complets. Pendant un temps, les dualistes et M. Rollet, en particulier, ne rencontraient jamais sous leurs pas le moindre chancre dur réinoculable, à bubon suppuré, etc. Aujourd'hui que le vent a tourné, la trouvaille est copieuse, et l'on peut admirer combien la réinoculabilité, rare sous le nom de chancre induré, pullule maintenant sous le plumage du chancre mixte. M. Nodet a réuni dans son dernier travail une collection complète de ces ulcérations infectantes, réinoculables. Le dualisme ne se relèvera pas de ce dernier coup de l'un de ses partisans.

Les faits nouveaux établissent plus définitivement encore l'échange des caractères objectifs et contagieux dans les formes de la maladie et confirment par conséquent l'unité de principe qui les relie.

§ 4. — De l'inoculation syphilitique aux animaux.

Dans l'opinion des médecins, la syphilis avait toujours été considérée comme essentiellement propre à l'espèce hu-

(1) *Loc. cit.*, p. 396.

maine. Du moins on ne savait aucun exemple de son développement spontané chez les animaux; et, jusqu'à ces derniers temps, les expériences d'inoculation n'avaient point réussi à la provoquer artificiellement en eux comme sur l'homme. Citons seulement à cet égard les plus importants témoignages :

« On ne connaît, dit Hunter (1), aucun autre animal que l'homme qui soit susceptible de l'irritation vénérienne; car des essais répétés ont démontré qu'il est impossible de la communiquer à un chien, à une chienne, à un âne. »

Et il a ajouté en note :

« Il m'est arrivé *souvent* de tremper de la charpie dans le pus d'une gonorrhée, d'un chancre ou d'un *bubon* et de l'introduire dans le vagin d'une chienne, sans produire aucun effet. J'ai fait les mêmes expériences sur des ânesses sans plus de résultat. J'ai placé aussi de la charpie imbibée du même pus sous le prépuce chez des chiens ; j'ai même pratiqué des incisions, afin de porter le pus au-dessous de la peau, et il n'en est resulté qu'une plaie ordinaire. J'ai fait aussi cette expérience sur des ânes, et je n'ai pu rien obtenir. »

Certes voilà déjà un certain luxe d'expériences variées pour arriver à un résultat constamment négatif.

M. Ricord parle ainsi de ses propres expériences sur des chiens, sur des lapins, sur des cochons d'Inde, sur des pigeons, sur des chats :

« Toutes ces expériences répétées *par toutes les voies possibles d'inoculation et d'infection*, sans oublier aucune des précautions nécessaires, avaient été faites chaque fois avec du pus qui, chez l'homme *avait* cependant *donné des résultats positifs* ; de telle façon que, d'après ces expériences, jointes à celles que l'on possédait déjà, on peut conclure que le principe inoculable de la

(1) *Traité de la maladie vénérienne*, traduit de l'anglais par G. Richelot.

syphilis est particulier à l'homme, et ne saurait se transmettre aux brutes. »

MM. Cullerier neveu et Ratier, il est vrai, avaient avancé, contrairement à ces expériences (1), que l'inoculation réussissait également bien, que le sujet fût un homme ou un animal. M. de Castelnau remarque avec raison qu'un résultat aussi important aurait exigé des développements circonstanciés que l'on est surpris de ne pas trouver ; et il ajoute :

« J'ai moi-même essayé six fois et par plusieurs piqûres chaque fois, d'inoculer le pus de chancres *récents* sur des chiens ; je n'ai obtenu aucun résultat (2). »

Le docteur Jules Hélot avait tenté aussi cette inoculation avec le même insuccès sur des chiens. J.-P. Tessier ne fut pas plus heureux malgré le choix du sujet — qu'il était permis de croire plus que tout autre prédisposé à la syphilis, — sujet dont le nom est inscrit dans l'étymologie même du nom de cette maladie, c'est-à-dire la truie. Nous passons sous silence les résultats non moins négatifs de Turnbull, Babington, M. Bartholi, etc.

La question semblait donc universellement jugée lorsque, dans l'année 1844, M. Auzias-Turenne prétendit avoir réussi à inoculer pour son compte la maladie aux animaux. L'insistance du nouvel expérimentateur remit la question à l'ordre du jour. Les cliniques furent en émoi, les lancettes en activité. Greffée à profusion sur la gent animale, la syphilis humaine ne donna pourtant signe de vie.

M. Auzias-Turenne accusait l'absence de précautions qui

(1) Article *Inoculation* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, en 15 vol. Paris, 1833, t. X, p. 479.
(2) De Castelnau, *Recherches sur l'inoculation*. Paris, 1841, p. 479.

compromettaient le succès de l'expérience : les animaux léchaient leurs plaies et la salive devenait l'antidote du virus; les opérateurs avaient toujours mal procédé, etc. Lui seul paraissait avoir l'infaillible secret de la réussite. Pour faire la plus large part possible à M. Auzias, un syphilographe autorisé, M. Cullerier, l'ayant cité à la barre de l'hôpital de Lourcine, mit gracieusement les malades du service à sa disposition. J'offris non moins généreusement les animaux de ma ménagerie. A l'œuvre nous allions voir l'artisan.

Plusieurs séries d'inoculations furent pratiquées soit par M. Auzias, soit par M. Cullerier, soit par nous, le plus souvent avec le pus de chancres simples, *mous*, *récents*, le pus de bubons *suppurés* ou même phagédéniques, et toutes les fois sans exception, la contre-épreuve fut faite sur les malades qui fournissaient le pus, non-seulement avant, mais encore après l'inoculation des animaux; de sorte qu'il ne pouvait planer le moindre doute sur son inoculabilité.

Il est inutile d'entrer dans le détail de ces expérimentations dont nous avons publié le procès-verbal minutieux (1), et sur lesquelles, la même année, M. Cullerier a publié un travail important. Nous dirons seulement que toutes les inoculations — sur un cochon d'Inde mâle, sur sa femelle, sur un jeune chien, sur un chat, sur des lapins et enfin sur un singe mâle — pratiquées les unes par la lancette, les autres par l'excision, ou même avec perte de substance et irritation artificielle de la plaie, en suivant toutes les précautions et choisissant les lieux d'élection recommandés par M. Auzias, — et en sa présence, — furent complétement stériles. Dans tous les cas, la plaie où fut déposé le pus virulent ne se cicatrisa pas moins vite que les plaies semblables

(1) *Gazette des hôpitaux* (n° du 6 mars 1845).

pratiquées symétriquement et simultanément sans insertion de pus.

Nous rapporterons seulement ici, comme devant offrir plus d'intérêt, les expériences relatives à l'animal qui se rapproche le plus de l'homme. Mais nous demandons à introduire une seule fois sur la scène le naturel et fidèle compagnon de ce dernier, — le *chien,* — pour montrer les conditions favorables laissées à la discrétion de l'expérimentateur. Ouvrons le procès-verbal (1) :

— ...Enfin, c'est M. Auzias qui a fait cette dernière série d'expériences sur le chien. Il a pratiqué dans l'espace interorbitaire, avec les ciseaux courbes, six incisions profondes, anguleuses, à bords mâchés, très-rapprochées, presque toutes étaient contenues dans un espace de $0^{m},020$ environ ; leurs lèvres écartées et redressées en sens inverse l'une de l'autre, et l'écoulement du sang arrêté, une notable quantité de pus syphilitique fut déposée en nappe à leur surface.

L'animal était maintenu et surveillé avec soin.

Or, malgré le nombre, la profondeur et le rapprochement de toutes ces plaies, malgré l'attrition de leurs bords, toutes circonstances qui pouvaient les disposer à se confondre dans une seule ulcération, elles se sont cicatrisées isolément avec la plus grande rapidité, sans turgescence ni suppuration, sans inflammation périphérique, à tel point, que le cinquième jour la cicatrisation était générale et complète.

Passons au singe.

Sur un jeune singe mâle.

1° — Dans une première série, trois plaies ont été faites. La première, par piqûre, avec inoculation du pus virulent sur la paroi antérieure de l'abdomen, n'a rien présenté d'abord. Le

(1) *Gazette des hôpitaux. Loc. cit.*

quatrième jour elle n'était point cicatrisée, mais aucun travail pathologique ne paraissait encore déterminé ; il n'y avait ni boursouflement, ni auréole inflammatoire autour, ni suintement à la surface. Le cinquième jour, elle se couvrit d'une croûte mince, qui fut enlevée, le sixième, et au-dessous se présenta une gouttelette de pus grisâtre qui fut recueilli et inoculé sur-le-champ. La plaie était parfaitement simple, du reste, sans dépression du fond ou élévation des bords, sans trace de rougeur ni d'induration périphérique. Le lendemain, la croûte était reformée ; enlevée de nouveau, il restait une petite surface allongée, sèche et déjà bien cicatrisée ; cela était le huitième jour. — La petite goutte de suintement purulent, inoculée comme je l'ai dit, par la lancette à la cuisse gauche, ne donna lieu qu'à un point noirâtre qui disparut complétement quarante-huit heures après.

La deuxième plaie avait été formée par *excision* et inoculée avec du pus chancreux à la partie supérieure de la cuisse du côté gauche ; elle était très-profonde. Le troisième jour, rouge, baignée par une matière séro-purulente, sans liséré rouge ; — sèche, le cinquième ; — présentant, le sixième, un bourgeonnement de bonne nature qui se continue, le septième, en même temps que le fond s'élève au niveau des bords ; de sorte que le neuvième jour elle est entièrement cicatrisée. Dès que le suintement séro-purulent fut établi, le troisième jour, il fut porté avec la lancette sous la peau du singe à la cuisse ; il n'en résulta absolument rien de remarquable.

La troisième plaie était identique à la précédente, sauf qu'elle ne fut point inoculée, afin de l'étudier comparativement. Elle consistait dans une perte de substance simple, pratiquée à la cuisse droite. Irritée chaque jour par l'enlèvement de la croûte adhérente qui se formait et par la pointe des ciseaux, elle semblait offrir un aspect moins satisfaisant et surtout un degré moins avancé de cicatrisation, laquelle n'eut lieu que de trente à trente-six heures après l'autre.

Ainsi, dans ce cas, la cicatrisation fut retardée davantage par une médiocre irritation de la plaie que par le contact du pus virulent.

2° — C'est M. Auzias qui est l'auteur des expériences suivan-

tes, nous l'avons laissé entièrement maître d'expérimenter à sa façon sous nos yeux.

A. — Trois inoculations avec le pus chancreux ont été pratiquées sur la paupière supérieure droite du singe, — une par excision, deux par la lancette.

Elles ont présenté pour caractères communs une tuméfaction circonscrite déjà sensible quelques heures après la piqûre, avec un peu de rougeur tout autour.

La piqûre du côté externe s'est cicatrisée le quatrième jour ; mais en laissant à sa suite une saillie dure et pleine qui a persisté quelques jours encore après la cicatrisation.

Au milieu, la plaie par excision s'est entièrement cicatrisée sans suppurer, le huitième jour, laissant également à sa suite un peu de tuméfaction.

La troisième, qui était la piqûre du côté interne, a présenté les mêmes phénomènes. Seulement, le quatrième jour, on explore avec la pointe d'une épingle la légère saillie manifestée à la base de la plaie, et on s'assure qu'elle ne contient aucune espèce de liquide et ne recouvre aucune sorte d'ulcération. On ne trouve qu'une cicatrice pleine et résistante. L'introduction de l'épingle donne lieu à l'apparition d'une goutte de sang. La saillie se forme de nouveau ; le huitième jour on l'explore avec la pointe d'une lancette, et, cette fois, on trouve une goutte de pus, mais, au-dessous, pas le moindre vestige de travail ulcératif. C'était une petite plaie simple, à peine visible, qui se recouvrit d'un point noirâtre de sang desséché et se cicatrisa quatre jours après sans laisser d'autre trace.

Quant à la tuméfaction que les deux plaies précédentes de la paupière avaient laissée après cicatrisation, elles furent aussi visitées par la lancette, mais inutilement.

(M. Auzias voulait formellement voir, dans cette goutte de pus dont je viens de parler, le produit d'un ulcère syphilitique... Mais pour ceux qui connaissent la marche et les caractères des chancres, il n'y avait aucun doute possible... ; d'ailleurs, inoculé à l'autre paupière, ce pus ne donna aucun résultat. Comme la plaie résultant de cette inoculation successive était plus profonde qu'on ne l'aurait voulu et qu'il s'en échappa assez de sang, il se forma autour un gonflement circonscrit encore plus pro-

noncé que de l'autre côté. C'étaient de simples trombus formés autour des piqûres dans le tissu cellulaire lâche des paupières.)

B. — Sur la paupière supérieure du côté gauche, trois petites excisions furent pratiquées simultanément par M. Auzias, mais une seule d'entre elles reçut du pus spécifique. Or, le lendemain et les jours suivants l'aspect de ces trois plaies était absolument le même. Cette fois il ne se manifesta point de tuméfaction sous-jacente, et le cinquième jour la cicatrisation était complète et égale partout.

C. — En troisième lieu, M. Auzias pratique sur la région frontale du singe, un peu au-dessus de l'espace interorbitaire, une excision profonde, intéressant toute l'épaisseur de la peau, et au fond de laquelle il inocule du pus virulent. Le troisième jour, la surface de la plaie était déjà sèche et en voie de cicatrisation complète, du sixième au septième jour, sans laisser de traces sensibles.

M. Auzias ne pourra prétendre du moins avoir réussi sous nos yeux ; voilà qui est hors de doute.

3° — Enfin, j'ai tenté, moi-même, une dernière expérience sur le singe.

En avant du sternum, dans la partie supérieure du thorax, j'ai fait aux téguments, avec les ciseaux, une perte de substance large et profonde, de la dimension d'une pièce de vingt-cinq centimes environ, au contact de laquelle j'ai laissé pendant deux heures un plumasseau de charpie enduit de pus virulent. Le lendemain, j'ai pris un autre plumasseau qui avait macéré depuis la veille dans le pus d'un bubon chancreux inoculable, et je l'ai laissé encore huit heures appliqué à la surface de la plaie préalablement avivée avec les ciseaux. Cet animal était parfaitement maintenu au moyen d'une camisole de force; les plumasseaux de charpie avaient été exactement appliqués contre la plaie dont la surface restait visible au moyen d'un verre de montre.

Cette plaie a accompli les évolutions naturelles de la cicatrisation des plaies simples avec perte de substance ; elle n'a même

donné lieu à aucun suintement sensible ; elle a marché rapidement, dès les premiers jours, vers la cicatrisation, qui était complète du neuvième au dixième jour.

Le singe lui-même a donc été rebelle à toutes nos tentatives d'inoculation.

Nous avons cru devoir nous en arrêter là de nos expériences, suffisamment édifié sur leur résultat.

Nous devons ajouter que nous avons conservé pendant deux mois encore les animaux, pour nous assurer de leur parfaite immunité. Or nous n'avons rien vu qui ressemblât chez eux à la syphilis — ni primitive ni consécutive (1).

C'est une remarque intéressante à noter que cette absence de tout symptôme syphilitique chez les animaux longtemps après les inoculations. On peut encore voir (1845) à Lourcine un vieux petit chien qui a servi, il y a quelques années, aux essais d'inoculation alors pratiqués par M. de Castelnau, sans plus de succès que ses devanciers, et l'on peut s'assurer que ce chien est parfaitement pur de tout accident syphilitique.

Que l'on puisse déterminer sur les animaux des plaies d'aspects

(1) Seulement le singe, chétif et malingre, a maigri peu à peu, s'est pris à tousser, et a fini par succomber tuberculeux, avec des tubercules collectés et infiltrés, crus et ramollis, dans la plupart des organes parenchymateux et des glandes. On sait que tous les singes, presque sans exception, meurent, dans nos climats, de diathèse tuberculeuse. Ce fait nous a été transmis par un homme d'une grande autorité, le docteur Rousseau, qui a étudié avec tant de succès, au Muséum d'histoire naturelle, les maladies des animaux. Nous avons, grâce à son obligeance, examiné avec M. Cullerier plusieurs pièces pathologiques de caries osseuses diverses chez les singes. Les affections tuberculeuses des os sont très-communes chez eux, à cause de leur prédisposition fatale à la diathèse tuberculeuse. Or, quand on aura fait des inoculations avec le virus syphilitique chez ces animaux, il faudra bien se garder plus tard, à leur autopsie, de décrire la syphilis tertiaire avec les altérations symptomatiques de cette diathèse tuberculeuse. Ce serait aller un peu trop loin en fait d'illusions.

variés, que par des irritations de leur surface ou l'introduction du pus, on ait, dans certains cas, obtenu de l'inflammation ou de petites pustules, tout cela peut être ; mais encore est-ce là la maladie que nous connaissons chez l'homme sous le nom de syphilis ? Il y a loin.

Telle était la conclusion de notre procès-verbal.

M. Auzias ne se tint pas pour battu. Il recommença ses expériences et retrouva le secret de ses premiers succès. Il fit même, à cette époque, devant la Société de chirurgie, l'exhibition éclatante de la peau d'un singe, victime infortunée d'une syphilide invétérée et tertiaire. A cette perspective un peu lointaine, un illustre chirurgien s'écria, — de sa place, — en brandissant sa canne, que cette peau faisait revivre l'épidémie aiguë du XV[e] siècle. J'avais l'honneur d'assister à cette mémorable séance : vérification du parchemin, il me fut impossible d'y trouver la moindre trace évidente d'une lésion caractéristique de la syphilis.

De nombreuses expériences ont été poursuivies, et jamais — à part M. Auzias, — aucun expérimentateur sérieux n'a pu greffer sur les animaux la syphilis *confirmée*. Nous disons la syphilis confirmée, parce que des observateurs très-compétents seraient parvenus ultérieurement à reproduire le chancre *simple* seulement, sur le singe, en particulier. Nous citons MM. Robert de Weltz, Diday, Rollet, Melchior Robert, Langlebert.

Malgré de si recommandables témoignages, nous sommes encore à concevoir quelques doutes, non sur les résultats annoncés, mais sur leur interprétation. Il n'est point très-rare, après l'inoculation d'un pus simplement traumatique ou provenant d'une source non virulente, de voir apparaître une pustule au point d'insertion. Il y a longtemps

que ces résultats ont été signalés. Rappelons quelques exemples (1).

Lichtenstein (2) affirme que la lymphe bien limpide prise dans les pustules produites par les frictions avec le tartre stibié est inoculable.

Cette expérience, répétée à deux reprises différentes par le Dr Andrea Renzi, de Pise, est restée sans effet.

En revanche, ce dernier a inoculé l'ecthyma simple :

En janvier 1842, trois inoculations avec le pus fourni par l'ecthyma simple ont été suivies, deux jours après, de trois pustules aux points d'insertion. Leur période d'accroissement dura dix jours pendant laquelle elles furent douloureuses; elles arrivèrent ensuite à dessiccation, et dans l'espace d'un mois tout disparut.

Aussi le pus des piqûres de sangsues :

Le 31 décembre 1842, sur le même bras, quatre inoculations sont pratiquées avec le pus exhalé par des piqûres de sangsues enflammées et suppurées. Deux jours après paraissent quatre pustules aux quatre points d'inoculation.

Le cinquième jour, trois inoculations sont renouvelées sur les parties voisines, et trois autres pustules, filles des premières, se montrent le troisième jour.

Toutes les sept prirent ensuite l'aspect de véritables ulcères, ayant une période d'augmentation pendant vingt jours.

Plus tard, cette expérience a été répétée avec le même résultat. (A. Renzi.)

Enfin l'*herpès labialis* :

Antonio Maracci raconte au Dr Renzi qu'il a inoculé une vésicule d'*herpès labialis* que portait une personne en état

(1) Ils sont insérés dans les *Annales des maladies et de la peau de la syphilis*, et rapportés, la plupart, par le docteur Andrea Renzi, de Pise.

(2) *Journal de Hufeland*.

besoins et même ses caprices, peut constituer des métis (1). »

Il en est de même pour la syphilis, maladie essentiellement dévolue à l'espèce humaine. S'il a été rarement possible, par l'inoculation d'un pus de la plus haute énergie virulente, de développer sur quelques animaux une lésion isolée, — à la rigueur, l'ébauche du chancre, — et d'y reprendre le germe d'une nouvelle inoculation positive pour l'homme, jamais on n'est parvenu à reproduire, non pas seulement les accidents confirmés, mais même l'une des formes syphilitiques simples, — dans l'ensemble de ses symptômes, — avec ses évolutions ordinaires et régulières du chancre rongeur et du bubon suppuré, encore moins de l'ulcération phagédénique.

§ 5. — De l'ancienneté historique de la syphilis.

Le chancre simple a-t-il existé de toute antiquité, alors que le chancre, dit infectant, a seulement paru en Europe, à l'époque de la Renaissance?

Nous nous garderons bien d'entreprendre ici, à propos des origines historiques de la syphilis, une poursuite laborieuse et superflue. Depuis près de quatre siècles, les médecins disputent sur l'antiquité ou l'importation nouvelle de cette maladie, au milieu d'un dédale de textes, de dates et de commentaires, où les prétentions les plus opposées paraissent trouver égale satisfaction. Nous n'avons pas la présomption de trancher la difficulté et de mettre fin au débat.

L'opinion de l'*antiquité* a pour principaux représentants: Musitano, Minadou, Dom Calmet, Th. Beckett, Zacharie,

(1) Frédault. *Des races humaines*, in *Art méd.*, t. X, p. 429. Voir le beau *Traité d'Anthropologie physiologique et philosophique...* de cet auteur.

Platner, Calvi, Haller, Grüner, B. Bell, — et trouve créance parmi beaucoup de nos contemporains.

L'origine *exotique* a été plus universellement, mais aussi plus diversement soutenue. — L'importation *américaine*, accréditée d'après le témoignage d'Oviedo, sérieusement motivée par l'autorité scientifique d'Astruc, a reçu des travaux bibliographiques de Girtanner une justification, qui semble aujourd'hui à un assez grand nombre de médecins, et à nous, en particulier, très-suffisante. — L'importation *africaine* compte en sa faveur les opinions de Sydenham, Haller, Plenck, Thierry, Haward, Sprengel et récemment des docteurs Copland, Meryon, etc., qui présument que la syphilis a eu pour germe primitif le pian, dont certaines localités de l'Afrique sont le berceau. D'autres ont soutenu plus particulièrement l'importation mauresque sous forme de lèpre, dont le fléau récent était regardé comme la dégénérescence : opinion qui a rencontré beaucoup de partisans contemporains de l'invasion, tels que Sébastien d'Aquilée, Beroald, Schellig, Gilini, Léonicène, Montesauro, Simon, Pistor, et à la fin du dernier siècle, particulièrement Hensler. — Enfin l'importation *asiatique* a aussi des prosélytes parmi lesquels : Swediaur, Beckmann, qui pensent qu'on la retrouve de tous temps dans les Indes Orientales, sous le nom de *feu persan*; Schaufus, qui présume qu'elle nous est venue de ces contrées par les Bohémiens, etc., etc.

Il n'y a rien d'invraisemblable à conjecturer que le mal syphilitique peut avoir existé dans des temps plus ou moins reculés à la fois, en diverses localités lointaines, séparées ou inconnues du monde ancien, sur des peuplades parquées dans l'intérieur de leurs îles ou la profondeur de leurs déserts; et cette conjecture peut mettre facilement d'accord les défenseurs de l'origine exotique et de l'importation mo-

derne de la maladie. Mais ce qui nous paraît inadmissible, c'est l'opinion qui tend à s'établir et par laquelle on déclare que les anciens et les princes de la tradition médicale, depuis Celse et Galien, ont bien connu les accidents syphilitiques, mais sans en avoir établi l'évolution aujourd'hui si évidente et la contagion si caractéristique.

Dans cette controverse, il y a, pour nous, une question de bon sens, dont les savants ne se sont pas suffisamment préoccupés, mais qui ne perd jamais ses droits. C'est la seule que nous voulons ici aborder.

Nous ferons remarquer que, — partisans de l'origine ancienne ou moderne, — tous les historiographes de la syphilis trouvent dans les mêmes textes des médecins, des poëtes, des satyriques, etc., etc., antérieurs au quinzième siècle, un argument que les deux partis se renvoient, depuis plus de trois cents ans, avec une égale ardeur sans pouvoir jamais se convaincre réciproquement. On dirait que la critique s'est renfermée à plaisir, — comme un écureuil, — dans une cage, pour y tourner continuellement sans avancer d'un pas. Il serait temps de sortir de ce cercle vicieux et étroit.

Plus que toute autre maladie peut-être, la syphilis présente des affections qui ont des analogues dans les autres catégories nosologiques : des écoulements par les voies génitales, des ulcérations, des engorgements ganglionnaires, durs ou suppurés, des éruptions tégumentaires multiples, des tumeurs diverses, des lésions des os et des muscles, etc., etc. Il est donc aisé de retrouver ces lésions similaires produites parla scrofule, les dartres, l'esthiomène, la gangrène, les tubercules, le cancer et d'autres sources morbides dont nous parlerons tout à l'heure, dans la description des anciens auteurs, et de les attribuer à la syphilis, — surtout lorsqu'elles

siègent sur des régions suspectes. Mais cette attribution trop facile ne prouve réellement rien.

Pour conclure en faveur de la nature syphilitique, il faudrait prouver deux choses nécessairement : 1° l'originalité qui distingue ces affections ; 2° l'évolution qui les relie à des accidents de même nature. Ainsi, la démonstration d'une syphilide exige l'évidence, — soit de l'un de ses caractères propres, tels que la configuration, la couleur, — soit de l'une de ses relations avec la céphalée, l'alopécie, l'adénopathie, l'angine. Or, dans les descriptions anciennes, cette originalité et ces relations font défaut, complétement défaut. Il faudrait supposer que le génie profondément observateur d'Hippocrate, d'Arétée, de Galien, etc., etc., les aurait entièrement ignorées. Pendant deux mille ans, il ne s'est trouvé aucun médecin pour les apercevoir. Et puis, voilà que tout à coup, à la fin du quinzième siècle, dans un temps que l'on donne comme barbare, en quelques années, d'un bout de l'Europe à l'autre, tous les médecins se mettent à la fois à découvrir ces caractères frappants ! Tout le monde les proclame sur les toits ! Quelle étrange lumière illumine donc subitement et universellement la vue des observateurs !

Bien mieux ! Parmi les éruptions syphilitiques, il en est une à peu près constante, si spéciale dans sa physionomie, si pathognomonique dans l'ensemble de ses phénomènes, qu'elle affirme péremptoirement — par elle-même, et, en l'absence de tout autre symptôme concomitant, — la nature, la forme et la période de la maladie : c'est la plaque muqueuse. Or, cette affection, — qui ne manque pour ainsi dire jamais, surtout chez les femmes, sur la sphère génito-anale, et qu'il est impossible de confondre avec toute autre, — pendant vingt siècles n'a pas été décrite une seule fois, remarquée une seule fois, aperçue une seule fois ! Mais le plus simple

bon sens se révolte à cette absurdité évidente, et la plus simple réflexion sur ce sujet suffirait à supprimer tout débat. Pour nous, le silence de toute la tradition à l'égard de la plaque muqueuse, — affection essentiellement syphilitique et sans analogue, — est un argument inconciliable avec la croyance à l'origine ancienne de la maladie.

Ceux qui prétendent que le chancre virulent simple, c'est-à-dire non suivi d'infection constitutionnelle, était, — seul, — connu des anciens, ont avancé une hypothèse qui, pour être plus restreinte, n'est pas moins gratuite.

Est-elle, cette hypothèse, au moins admise par tous les dualistes? Nullement. Écoutons M. Langlebert, opposant avec sa verve accoutumée M. Bassereau à M. Clerc : « — Le premier, partisan du dualisme pur et orthodoxe, et dont il est le père, ne voulant admettre aucune parenté entre le chancre simple et le chancre infectant, cherche à établir entre leurs origines une différence chronologique. Il interroge le passé, compulse, avec une patience de bénédictin, les in-folio grecs, latins ou arabes, et en exhume le chancre simple. Quant au chancre infectant, il attendra la fin du quinzième siècle pour paraître en ce monde. — Le second, partisan du dualisme unitéiste ou chancroïdien, dont il est également le père, a besoin pour soutenir sa théorie de prouver que le chancre simple est le fils ou au moins le petit-fils du chancre infectant. Comme M. Bassereau, M. Clerc remonte le cours des siècles, et revient de cette savante et laborieuse excursion avec de nombreux témoignages historiques, établissant que non-seulement le chancre simple n'existait pas dans l'antiquité, mais encore qu'il est d'origine postérieure à celle du chancre infectant, et

qu'il ne s'est montré qu'en l'an de grâce 1533 (1). »

Il faut dire de l'ulcération primitive ce que nous avons dit des accidents confirmés : toutes les lésions qui ont pour support la sphère génitale ne sont point d'origine vénérienne, et tous les accidents vénériens ne sont pas syphilitiques. Témoins d'abord le phymosis, le paraphymosis, les *caroli*.

L'on voit tous les jours, dans les diverses localités des organes génitaux, soit des éruptions éphémères, telles que des érosions herpétiques ou eczémateuses, soit des dartres persistantes, en particulier, l'esthiomène, des scrofulides avec ou sans ulcérations ; en outre, des furoncles, des abcès, l'anthrax, la gangrène, des kystes, l'épithélioma, le cancer ulcératif ou rongeant, les bubons strumeux, etc., etc. Toutes affections qui n'ont aucun caractère vénérien et encore moins syphilitique.

Il y a surtout deux affections qui ont été principalement confondues, chez l'homme, avec les véritables chancres : l'une plus légère, la balano-posthite ; l'autre, plus grave et plus fréquente dans les pays chauds, l'anthrax.

La première existe très-fréquemment — en dehors de la blennorrhagie, des végétations et de tout accident vénérien, — chez les enfants, les jeunes gens et les vieillards dont le prépuce étroit recouvre habituellement le gland ; elle se manifeste par une inflammation plus ou moins vive de la muqueuse de ces parties, en particulier, des follicules de la rainure, avec ou sans érosions, et un écoulement catarrhal ou purulent. L'intumescence folliculaire au début et les ulcérations à la suite sont parfois assez accusées ; mais, le plus ordinairement, il est mal aisé de les apprécier en raison du phymosis. Il survient même dans quelques cas, si l'on n'a

(1) *Loc. cit.*, p. 3"8.

soin d'y pourvoir, des accidents sérieux, produits par l'étranglement du fourreau, tels que la gangrène de l'enveloppe cutanée ou d'une portion de la substance du gland. Ces cas ont toujours été désignés sous le nom vulgaire d'*échauffement*. On les nommait aussi *caroli* ou *calefactiones*. Fallope a déjà bien soin de les distinguer : *At ego dicam esse* MAXIMAM *differentiam inter* cariem *et* calefectiones *ut infra patebit* (1). »

L'anthrax est plus particulier aux pays chauds. L'on a également reconnu qu'il attaque surtout les hommes non circoncis. Aussi Philon dit expressement que la circoncision fut ordonnée pour prévenir cette grave affection. D'après Galien, l'anthrax s'accompagne parfois de bubons et *de fièvre ;* et on l'a vue dévorer avec *la rapidité du feu* le gland entier.

Les anciens ont parlé de ces accidents, comme tous les nosologistes contemporains en parlent encore aujourd'hui. Mais ont-ils décrit dans ces lésions les caractères essentiels de l'ulcération virulente? Sa forme, ses aspects, ses évolutions, sa durée, la contemporanéité si ordinaire du bubon, ses causes? Non. Encore une fois, il ne nous sied pas ici d'entrer dans la discussion usée des textes cités partout. Mais que l'on relise avec attention les descriptions d'Hippocrate, de Celse, de Galien, d'Oribase, d'Aëtius, de Paul d'Égine, des Arabes, de Palladius, de Guillaume de Salicet, de Guy de Chauliac, de Gordon, etc., et l'on verra que ces traits caractéristiques du chancre syphilitique sont bien loin d'être flagrants.

Les contemporains de l'invasion syphilitique ne s'y sont pas mépris. Léonicène, l'un des premiers, établit la différence du chancre syphilitique et de l'anthrax, dès 1497 :

(1) *Loc. cit.*, *p.* 767.

« Galien, Paul d'Égine, ainsi que Rhasès, — dit-il, — décrivent ainsi le feu sacré ou persique, ou plutôt le charbon. Ce qu'on nomme charbon est un ulcère large, couvert d'une escharre, et s'annonce généralement par une petite pustule semblable à une brûlure. Quelquefois il n'y a pas de pustules dans le commencement, mais le malade est obligé de gratter la partie, ce qui produit tantôt une seule pustule, et d'autres fois plusieurs; ces pustules n'excèdent pas un grain de millet en grosseur : il en résulte également, quand elles s'ouvrent, un ulcère couvert d'une escharre semblable à celle que laisse une brûlure profonde; la croûte est quelquefois d'une couleur cendrée, d'autres fois noire; elle adhère en outre fortement à sa base, et elle y est en quelque sorte clouée; la chair qui l'environne est enflammée et noirâtre, ou même reluisante comme l'asphalte et la poix. Cette maladie diffère de celle que nous nommons *maladie française,* non-seulement par quantité d'autres signes particuliers à l'une, qui ne s'observent pas dans l'autre, mais encore par les pustules qui, dans la *maladie française,* sont beaucoup plus grosses qu'un grain de millet, et par la fièvre très-aiguë et quelquefois mortelle qui accompagne le charbon, comme le dit Galien (1). »

Or, chez les femmes, — circonstance digne de remarque, — il n'est pas question de ces mêmes accidents des organes génitaux.

Et nous prions que l'on y réfléchisse bien. Encore aujourd'hui, familiarisés comme nous sommes avec l'étude des affections syphilitiques, et malgré tous les progrès réels accomplis dans cette partie de la séméiotique, les spécialistes les plus autorisés hésitent parfois dans le diagnostic du

(1) *Loc. cit.*, p. 27.

chancre : ils n'admettent d'autre criterium que l'épreuve décisive de l'inoculation. Les dualistes les plus obstinés déclarent unanimement que « les ulcérations de toutes sortes qui siégent sur les organes génitaux et succèdent à des lésions aiguës comme la folliculite, les abcès des petites glandes de cette région, ou à des affections chroniques comme les scrofulides, les épithéliomes, les gommes, *sont souvent difficiles à distinguer des chancres simples* (1). » Les auteurs que nous citons ne font aucune difficulté pourtant de discerner la nature syphilitique des lésions génitales décrites par les anciens, sans s'apercevoir qu'ils se mettent avec eux-mêmes en contradiction. Ainsi l'un d'eux, M. Belhomme, avoue (2) que l'on est obligé de *torturer les textes* pour arriver à trouver quelques *notions vagues* sur le chancre phagédénique dans les ouvrages publiés avant l'épidémie du quinzième siècle. Ainsi, ces difficultés, parfois si réelles et si flagrantes relativement aux symptômes actuellement placés sous nos yeux, — on n'en tiendrait plus compte lorsqu'il faut décider, après des milliers d'années, sur la foi de quelques textes équivoques, torturés ou incomplets!

Ce qui donne le change aux esprits, c'est que ces lésions des organes de la génération, sans avoir le caractère vénérien, ne sont pas toutes et toujours inoffensives dans le commerce sexuel; et que, indépendamment de ces lésions, la débauche, surtout dans les sociétés antiques, ne perdait pas ses droits. Les prostituées d'Athènes et de Rome n'échappaient pas davantage, — encore moins peut-être, — que celles de nos jours, séquestrées par les règlements, — aux accidents journaliers de leur profession. Et certes, le liberti-

(1) Belhomme et Martin, *loc. cit.*, p. 462.
(2) Belhomme, *Du chancre phagédénique*, Thèse. Paris, 1862.

nage ne s'alimentait point à cette unique source; elle était déjà par elle-même suffisamment répandue. « Les Romains, sous leurs empereurs, surpassaient par leurs excès les peuples qu'ils avaient vaincus. Les femmes des simples particuliers, et même de ceux qui occupaient les premières dignités, n'eurent pas honte de se prostituer publiquement; elles surpassèrent même en effronterie les courtisanes de profession... En Grèce, les jeunes filles offraient les prémices de leur virginité et se prostituaient publiquement à des étrangers devant leurs idoles (1). » Il serait trop facile de multiplier ces tristes et honteux tableaux qui font assez comprendre que les excès de la débauche devaient porter plus d'une fois leurs fruits. Aussi, sans usurper le caractère virulent, les inflammations, les ulcérations, les affections gangréneuses, les productions morbides diverses de la vulve, du vagin et de l'utérus n'étaient pas moins une source fortuite et possible d'accidents. Il faut y joindre ceux qui étaient dus à une provenance contagieuse incontestable, en particulier, les végétations et les fics, dont la source et la nature honteuses furent toujours bien connues; témoin l'épigramme célèbre de Martial :

Ficosa est uxor, ficosus et ipse maritus.
Filia ficosa est, et gener atque nepos.

Mais, si une telle transmission, si souvent contingente, même pour ces derniers maux, n'avait point échappé à la verve des poëtes latins, comment supposer que la contagion — bien autrement active et virulente — du chancre simple restât lettre morte jusqu'à la fin du quinzième siècle, surtout au milieu des mœurs aussi universellement corrompues des

(1) Bell, *Traité de la gonorrhée virulente ou de la maladie vénérienne*, traduit de l'anglais par Bosquillon, t. II, p. 6.

sociétés païennes? Et pourtant quels aliments ne devait-elle point rencontrer, d'autant plus flagrants et multipliés qu'une ignorance sans bornes, unie à une corruption sans frein, allait multipliant sans cesse les dangers de l'active propagation? Au contraire, ainsi qu'il a été dit tout à l'heure, à peine la véritable ulcération virulente apparaît-elle, en 1494, que sa contagion directe, immédiate, essentielle, est tout d'abord signalée, sinon par tous, au moins par la plupart des contemporains.

Voilà, ce nous semble, la solution franche et nette que suggère le bon sens, éclairé par les monuments de la science et de l'histoire, sans se laisser entraver par le fatras de vaines recherches ou de puériles subtilités.

Il faut ajouter, en terminant ce chapitre, que le dualisme objecte encore la différence des indications curatives dans le chancre simple et la syphilis confirmée : objection sans valeur, lorsque l'on sait que les indications varient même avec les périodes de cette dernière forme morbide; à plus forte raison, avec chaque forme en particulier.

En résumé, la syphilis simple et la syphilis confirmée constituent, non deux maladies différentes, mais deux types formels d'une même maladie.

CHAPITRE III

VUE GÉNÉRALE DE LA MALADIE

Unité de nature, diversité des formes de la syphilis.

Ainsi, nous ne saurions adopter le sentiment des *identistes,* confondant avec la syphilis des maladies distinctes,

ni celui des *pluralistes,* qui en séparent des types dont le lien est irrécusable à nos yeux. Ces types naturels ne sont pas en harmonie avec les différences manifestes de la constitution individuelle; ils ne reconnaissent pas pour cause la nature diverse des virus. Ils sont à la fois — plus nombreux et moins étrangers les uns aux autres, dans leur mutuelle transmission, qu'il est déclaré par les *dualistes,* — plus distincts, sous les mêmes rapports, que prétendent les *unitéistes.* Ces catégories, en un mot, sont des formes essentielles de la même maladie, non des espèces ou des individualités morbides. Telle est la justification de notre thèse qu'il nous reste d'une manière générale à résumer.

SYPHILIS CONFIRMÉE.

Cette forme est le prototype, par excellence, de la maladie, dont — les syphilis simples ne sont, dans leurs caractères généraux, que la localisation; — les syphilis héréditaires, une suite; — les syphilis endémo-épidémiques, la représentation variée dans le temps et dans l'espace. Elle les contient et peut les reproduire toutes, dans la mesure des conditions de contagion ou d'hérédité qui président à leur développement, tout en restant d'ailleurs fidèle à la loi ordinaire de sa transmission dans son type, lui-même si complexe par la variété infinie de ses symptômes et de ses évolutions.

SYPHILIS SIMPLE, BÉNIGNE ET PHAGÉDÉNIQUE.

La syphilis simple, de forme *bénigne*, se rattache à la précédente — par l'ulcération chancreuse virulente, lésion primordiale commune à toutes les formes acquises, — l'échange possible de la contagion. Elle s'en distingue par



quelques caractères objectifs, l'acuité de ses phénomènes, la tendance suppurative, l'intensité de son pouvoir contagieux, et surtout par l'absence de lésions multiples ou généralisées. La discussion prolongée du chapitre précédent établit outre mesure, avec la diversité de ces caractères, son essence ou identité de nature, et rend superflu tout retour, ou toute insistance à cet égard.

Il en est de même pour la syphilis simple, de forme *maligne* ou essentiellement phagédénique, que nous regardons comme une forme distincte, et non pas seulement, dans l'espèce, comme un accident ou une déviation de la première.

Notre opinion paraît suffisamment justifiée par l'évolution, si caractéristique et si différente, de durée, de gravité, de curabilité dans les deux cas. Ce n'est pas le coup d'œil net, perçant, expérimenté du praticien qui confondra jamais, dans une même catégorie d'accidents syphilitiques, l'ulcération simple et aiguë du chancre bénin, avec l'ulcère anfractueux, dévorant, serpigineux, chronique, plusieurs fois renaissant, toujours nomade et rebelle.

Il est vrai que le phagédénisme peut n'être qu'un accident du chancre simple; mais ce même accident complique aussi la syphilis confirmée dans ses diverses périodes : preuve nouvelle de l'affinité de nature qui les unit. Cependant l'état phagédénique constitue dans la forme dont nous parlons son plus important attribut. Ce n'est pas à un moment donné qu'il survient, à titre de complication intercurrente. Son début et sa fin comprennent toute l'évolution de la maladie. On ne voit point reparaître l'ulcération bénigne, bien et dûment cicatrisée. Au contraire, l'ulcère phagédénique a d'interminables retours.

Chose singulière ! ce sont les dualistes qui, — au lieu de s'en

tenir logiquement à la supposition de l'hétérogénie du virus pour expliquer la diversité des effets morbides, — empruntent à leurs adversaires le vieil argument tiré de l'idiosyncrasie, et expliquent la forme phagédénique par l'influence de la *diathèse* scrofuleuse, du *vice* scorbutique, des affections *viscérales* concomitantes, de l'abus du *mercure*, etc., etc. Sans nier l'action variée de ces conditions, nous affirmons qu'elles n'ont pas ici la portée définie qu'on leur assigne. Parmi les observations prises sans choix (au moins sous ce rapport), que nous avons citées, il serait difficile de trouver dans la constitution des sujets la clef des accidents phagédéniques. Bien plus : après avoir eu la curiosité de faire dans les auteurs un relevé de ces accidents, nous n'avons pas tardé à reconnaître que les causes qui leur sont habituellement assignées brillent par leur absence dans la plupart des cas. C'est donc se nourrir de chimères et se payer de mots que d'invoquer encore aujourd'hui le *vice scorbutique*, par exemple, — comme l'on invoquait hier la *gastro-entérite*, ou plus lointainement la *bile* et les humeurs.

On dit que l'ulcère phagédénique ne reconnaît pas pour ascendant un ulcère de même nature; que l'inoculation ne le reproduit pas dans son espèce. Pour le phagédénisme accidentel, cela est vrai. Dans la forme essentielle, il n'en est pas entièrement ainsi. Carmichaël, un bon juge, soutient sa spécificité distincte. B. Bell, toujours sagace observateur, est suffisamment explicite : « Ces progrès rapides des chancres, — dit-il en parlant de ceux qui nous occupent, — dépendent en général, *à ce que l'on croit*, de la constitution particulière des malades; néanmoins, je soupçonne, d'après les faits suivants, que ces variétés sont quelquefois l'effet de la nature du virus : les chancres de ce genre sont bien plus communs dans certains temps que dans d'autres,

et je les ai observés dans le même temps sur différents individus infectés par la même femme. Il y a deux ans environ, j'ai rencontré beaucoup plus de ces chancres phagédéniques, en trois ou quatre mois, que je n'en avais vu avant dans le cours de plusieurs années. *Quatre malades les avaient gagnés de la même femme.* Chez tous, les chancres parurent de bonne heure; ils firent des progrès extrêmement rapides; trois ou quatre jours mêmes après qu'ils se furent manifestés, il en résulta des hémorrhagies fort embarrassantes; et dans une petite ville où je fus appelé dernièrement, le chirurgien ordinaire me dit que, depuis peu de semaines, il avait vu trois malades attaqués des mêmes symptômes *également infectés par la même femme* (1). » B. Travers signale, en de certains moments, leur fréquence à Londres. Nous avons cité ailleurs (p. 141) l'opinion de M. Ricord. Enfin, tout en admettant l'inconstance de la transmission de ce type dans sa variété, nous ne voyons là qu'une question relative qui n'exclut pas l'identité de nature de la maladie.

Quant à la syphilis confirmée, elle peut être transmise *par l'ulcère phagédénique,* à quelque titre que ce soit. Seulement, comme ces faits sont rares ou peu connus, l'on n'a guère occasion de les signaler. L'une de nos observations (XLVIe) est un exemple irrécusable de cette transmission.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRES.

Les syphilis héréditaires constituent-elles des formes distinctes? ou plutôt ne seraient-elles autre chose que la syphilis confirmée dont l'origine, puisée sur les parents, se continue sur leurs descendants?

M. Dechambre a soutenu la dernière opinion. Pour lui,

(1) *Loc. cit.*, p. 110.

l'hérédité syphilitique n'est que l'un des procédés de sa contagion. « Elle ne constitue pas plus l'hérédité proprement dite, que l'empoisonnement du fœtus par l'injection de la noix vomique dans les veines de la mère ne constitue l'hérédité tétanique. » Il y a là un rapprochement spécieux, une conclusion erronée. L'injection d'un *poison* dans les veines maternelles provoque sur le fœtus des résultats toxiques immédiats. Dans cet ordre de faits, l'incubation est inconnue. Ce n'est jamais un mois, trois mois après la naissance qu'on voit éclater les suites néfastes. Le poison n'a pas cette patience. Il attaque toujours aussitôt, et, à dose suffisante, il tue à l'instant. Certes, ce n'est pas la dose qui manque, ni la durée d'action, ni l'efficacité de l'absorption dans l'imprégnation continue et permanente du fœtus par le *poison* maternel qui le baigne et le pénètre par tous ses pores, aliment incessant, atmosphère obligée de son étroite prison! Pourquoi donc, après neuf mois de séjour et de contact, l'enfant émerge-t-il de ce foyer ardent et prolongé de contagion, le plus souvent, sinon toujours, avec les apparences d'une bonne santé au moment de la naissance? Et pourquoi ne présente-t-il jamais aucune trace de l'ulcération virulente, cette implacable lésion acquise, au contraire, dans tous les cas de transmission véritablement contagieuse? Qu'est-ce enfin, avant toute explosion, que ce silence des accidents pendant une partie de la vie, peut-être même au delà de toute une génération? Tous ces beaux systèmes spécieux ne tiennent guère devant les faits.

Si quelque chose nous étonne, c'est de voir M. Diday, l'auteur de la *Syphilis des nouveau-nés*, adopter ces travers pour le plaisir de se mettre, — comme toujours — avec lui-même, en contradiction. Combien nous l'aimons mieux lorsqu'il écrit ces lignes si vraies, frappées au coin de l'observation et

non du paradoxe! « La syphilis congéniale n'affecte ni les allures, ni la marche, ni l'enchaînement des symptômes de la syphilis des adultes. Pour peu qu'on l'ait observée, il est facile de voir que ce sont là deux maladies (formes) semblables, mais non pas identiques; que si leur pronostic diffère, c'est moins en raison de l'âge des sujets qu'elles frappent que par la nature, le génie particulier à chacune d'elles. Produisant, avant aucun autre signe caractéristique, une sorte d'atrophie, de rabougrissement dans l'ensemble de l'individu; éclatant ensuite sur cent points presque à la fois; s'accompagnant, dès les premiers jours, de lésions viscérales inconnues à la syphilis acquise; contagieuse par ses moindres symptômes, la vérole congéniale ne doit être comparée qu'à elle-même, et c'est à la force bien plus qu'à la faiblesse de ses victimes qu'il faut demander le secret des dangers particuliers qu'elle recèle (1). » Et plus loin, car nous citerions volontiers tout ce livre : « Ces ulcères rongeants qui rappellent les temps fabuleux de la syphilis du quinzième siècle; ces suppurations qui détruisent en une semaine la sculpture osseuse des fosses nasales; ces bulles envahissant presque à vue d'œil la totalité du tégument externe; ces croûtes hideuses sous lesquelles la face de l'enfant reste ensevelie jusqu'au dernier jour; ces foyers purulents qui creusent le parenchyme des viscères les plus essentiels; ces plaques muqueuses entassées et adossées qui se propagent et se multiplient avec une rapidité que rien n'arrête; la contagiosité incontestable de plusieurs de ces lésions tégumentaires; la subite et profonde atteinte que de telles altérations portent à la santé; la précoce cachexie et la terminaison trop ordinaire qui en est la con-

(1) *Loc. cit.*, p. 209.

séquence, tout ne témoigne-t-il pas de la férocité ordinaire de l'agent morbide? etc., etc. »

Laissons l'hypothèse métaphorique qui éclate dans les derniers mots, et convenons que l'ensemble de ces caractères justifie suffisamment la distinction de la syphilis *congéniale* comme forme distincte.

Plus obscure, la syphilis héréditaire proprement dite a des évolutions et des phénomènes très-différents. Dépourvu de contagiosité manifeste, ne se révélant qu'à une époque plus ou moins tardive de l'existence par des lésions tertiaires, fixes, lentes, invétérées, par des dégénérescences particulières ce type, — distinct de la forme congéniale des nouveau-nés, — ne présente pas une originalité moins grande et mérite tout autant le rang que nous lui décernons dans les formes de la maladie.

SYPHILIS ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES.

L'épidémie du quinzième siècle, les endémies disséminées constituent-elles des maladies distinctes de la syphilis?

Épidémie du XVe siècle.

L'épidémie du quinzième siècle a été considérée comme n'appartenant pas proprement à cette dernière maladie.

a. — L'une des plus anciennes opinions est celle qui attribue le fléau à la *lèpre* ou du moins à sa dégénérescence, sous les noms d'*éléphantiasis*, *formica*, *leucé*, *safati*. Il est certain que nulle assimulation ne pouvait paraître d'abord plus vraisemblable, en présence d'une affection inconnue dont l'éruption boutonneuse et généralisée de la peau formait l'élément le plus tranché. Il y avait, en outre, d'autres symptômes analogues dans les deux cas : l'alopécie, les ul-

cères, les mutilations. Aussi, dans les premiers moments d'hésitation, c'est la lèpre que l'on signale, ou plutôt sa dégénérescence, car son identité ne pouvait être, — en raison de la différence des symptômes, — sérieusement en crédit. Et encore, malgré cette concession, l'opinion dont il s'agit, loin de réunir l'universalité des observateurs contemporains, est énergiquement combattue par la plupart d'entre eux : Gründbeck, Benedict, Beniviéni, Fulgose, Jean de Vigo et plus tard par Gabriel Fallope (1).

En effet, la lèpre n'était point tellement méconnue ou tellement oubliée en Europe. La tradition conservait, — depuis la description si caractéristique de Moïse et les tableaux si colorés d'Arétée, — son signalement précis. Mieux que cela. Répandue en diverses circonstances sur notre continent, dès les premières époques de l'ère chrétienne, et surtout après le retour des croisades, les médecins avaient eu de fréquents exemples, dans les trois derniers siècles, de voir cette affreuse maladie de près. Ils avaient reconnu depuis longtemps la plupart de ses traits : — la décoloration, l'aridité, le racornissement, la momification de la peau ; son endurcissement étendu au tissu cellulaire ; les taches blanches, légèrement fauves à leur origine, déprimées, se convertissant en écailles, se couvrant plus tard et lentement de taches horribles; la déformation du visage; la saillie des pommettes, le développement considérable des oreilles, des parties molles du nez, de la totalité ou d'une partie du corps, du scrotum, l'aspect monstrueux qui en était l'ordinaire résultat ; l'insensibilité, dès le principe, de la peau des membres ; la stupidité plus ou moins complète des fa-

(1) Ce dernier, dans son langage toujours un peu vif, s'écrie : « *Quis erit tam stupidus, qui eumdem esse affectum sustentare audeat ?* » (*L. c.* p. 763).

cultés intellectuelles : — telles sont les différences caractérielles, pour ne parler que des principaux symptômes assurément bien suffisants, surtout si l'on ajoute la lenteur des évolutions, dont la durée était le plus souvent celle de la vie, et l'absence de lésions réellement virulentes.

Grâce aux bulles des papes, aux exemples des rois, au dévouement des hospitaliers, les peuples chrétiens avaient fini par se familiariser avec le contact de ces infortunés que les anciens et les infidèles repoussaient loin d'eux. *Qui ne fuirait un lépreux!* s'écriait énergiquement l'antiquité par la bouche d'Arétée de Cappadoce. On sait comment saint Louis, à la tête des sociétés chrétiennes, répondait à ces dédains. Jourdan, qui n'est point suspect, laisse tomber cet aveu : « Lors donc que les Croisés revinrent en Europe, ceux d'entre eux qui étaient atteints de la lèpre, et il devait y en avoir un grand nombre, furent considérés non-seulement comme des objets dignes de la commisération publique, mais encore comme participant, en quelque sorte, aux qualités du saint qu'on révérait. On les appelait *pauperes Christi*, *morbi beati Lazari languentes*, et la lèpre elle-même était désignée sous le nom de *mal de Saint-Lazare*. On se faisait un devoir de fréquenter, de soigner ces malades, de leur rendre les plus dégoûtants services. Prêtres et laïcs, princes et particuliers, chacun s'empressait à l'envi de les servir. Robert, roi de France, leur lavait et baisait les pieds pour se mettre en odeur de sainteté (1). » Que l'on compare ces sentiments de compassion avec ceux qui accueillent l'invasion syphilitique, avec l'horreur des populations — partout énergiquement avouée et exprimée — aussitôt que la source

(1) *Dict. en* 60 *vol.*, art. *Lèpre*, p. 647. L'auteur ajoute, à cause des faits qui précèdent, « que la raison semblait avoir fui le séjour de l'Europe. » Il est plus consolant de voir que ce n'était pas la charité.

suspecte en est avérée. Ce n'est plus le mal de Lazare, c'est le mal *honteux,* le *gros* mal, le mal *immonde,* le *vilain mal.* Partout où il pénètre, le baptême qu'il reçoit témoigne du dégoût universel; et, pour tout dire, les malandrins eux-mêmes ne dissimulent pas leur répulsion; les lépreux ne veulent pas, dans leurs *mezelleries*, de syphilitiques pour compagnons. Laurent Frisius raconte que les premiers se soulevèrent pour repousser les seconds, et que l'on fut obligé de bâtir partout de nouveaux hôpitaux, surtout à Paris.

Indépendamment des témoignages de la science, il nous semble que ce cri unanime de l'opinion publique a bien sa valeur.

Ce qui a induit en erreur, — avec le caractère de l'éruption scabieuse de la syphilis à son apparition, — c'est la circonstance concomitante du déclin de la lèpre. Déjà, dans le cours du quinzième siècle, ses foyers se limitaient en Europe; les affections éléphantiasiques y devenaient inconnues. Après de longues migrations, le mal se concentrait dans ses campements anciens, dans ses latitudes exotiques. On devait croire aisément à sa transformation. Or, encore aujourd'hui, dans ses sources endémiques, la lèpre ancienne n'a point disparu. Nos soldats l'ont retrouvée en Égypte, et plus d'un revint de la grande expédition, victime de la maladie. Tous les médecins qui ont voyagé dans cette contrée l'ont observée dans son tableau le plus hideux, sans la confondre avec la maladie syphilitique. On la rencontre encore aux Antilles, aux Barbades, etc., etc.; dans l'Océan indien, dans les îles du Japon, l'intérieur de la Chine, etc., etc. Partout elle occupe une place à part dans l'esprit des savants, comme dans l'instinct des populations. Et, nulle part, on ne l'a point encore vue dégénérer ou se transformer sous l'aspect de la syphilis qu'elle ne communique d'ailleurs jamais.

b. — L'on a récemment avancé que le mal du quinzième siècle était une épidémie de *typhus*. C'est l'opinion d'un spécialiste très-compétent, M. Cazenave, et d'un très-recommandable savant, M. Follin. Ce dernier s'exprime ainsi : « L'examen de sources originales sur ce point délicat de l'histoire de la médecine nous laisse croire que la fameuse épidémie du quinzième siècle n'a jamais été une épidémie de syphilis, mais une de ces épidémies de typhus qu'on observe assez souvent quand il existe de grands rassemblements d'individus, épidémie que compliquent la pourriture d'hôpital, le scorbut, les érysipèles, et durant lesquelles les syphilitiques voient leurs accidents prendre une gravité qu'ils n'auraient pas sans cela (1). » Nous sommes parfaitement d'accord avec notre savant ami sur un point : il n'y a rien d'improbable à conjecturer qu'il s'est glissé bien des éléments étrangers dans l'épidémie en question, et qu'il ne faut pas mettre tous ses ravages sur le compte de l'invasion syphilitique. La maladie des camps et des villes assiégées a dû faire plus d'une victime dans l'enceinte de Naples et les retranchements de Charles VIII.

Cependant, ce n'est pas tout. Le typhus épidémique a été maintes fois observé et décrit, depuis Hippocrate, par les auteurs et les historiens Thucydide, Héraclide, Celse, Arétée, Cœlius, Galien, Oribase, Aëtius, sous les noms de fièvre *pestilentielle*, *typhode*, *pétéchiale*, *comateuse*, etc., etc., et jamais dans les descriptions il n'est entré un seul trait appartenant à la contagion syphilitique. Lors d'une épidémie de fièvres pétéchiales qui sévit en Europe vers le commencement du quinzième siècle, Jacobus décrit les *macules* semblables aux morsures de puces, — *maculas pulicum morsibus similes,* — dans ses Commentaires sur Avicenne (2),

(1) Follin, *Trait. élém. de pathol. ext.*, 1861, p. 622.
(2) Can. IV. 1, 4, 2.

et ne parle d'aucune autre éruption. Al. Benedict, qui décrivait la fièvre *pestilentielle* (1), et Fracastor les *constitutions pétéchiales* (2) de l'Italie, en 1505 et 1528, c'est-à-dire en même temps qu'ils relataient, d'un autre côté, l'histoire de l'apparition récente de la syphilis, n'ont nullement confondu les deux maladies. On peut en dire autant de N. Massa, d'Ingrassias, de J. Langius, de G. Fallope, etc., dont personne ne récusera la compétence en matière d'observation dans l'une et l'autre circonstance. C'est justement l'examen des sources originales qui nous fait co nclureque les témoins de l'épidémie ne se sont pas si complétement trompés qu'on suppose dans leur véridique témoignage. Et, pour nous, ce consentement universel des contemporains nous paraît, il faut bien le dire, un monument plus solide que les conjectures discordantes formulées par les critiques les plus raffinés, — quatre cents ans après les événements en question. Il nous resterait enfin le recours au bon sens pour comprendre que les malades frappés par le typhus ne promenaient guère par les rues le visage boutonné des syphilitiques, et devaient s'abstenir, le cas échéant, d'aller porter en personne leurs conseils, comme le premier ministre de Henri VIII, à l'oreille des rois.

c. — Il n'y a pas jusqu'à la *morve* et au *farcin* que l'on n'ait invoqués pour s'expliquer cette malheureuse épidémie. On sait que Van-Helmont, à la suite de quelques suppositions imaginées par G. Fallope et Fioraventi, avait rapporté la source du mal syphilitique à une jument atteinte de farcin, qui, par quelque abominable commerce, avait infecté un soldat de l'armée française devant Naples. Nous retrouvons,

(1) L. *De pestilentia*, 1516.
(2) *De morb. contag.* lib. III. Venet. ap. Junt 1584.

non sans surprise, cette conjecture hasardée émise sous forme de doute par M. Ricord. « En étudiant, — écrit-il, — avec soin la description de l'épidémie du quinzième siècle, je suis frappé d'un fait qui me semble d'un intérêt saisissant : le mode de transmission des accidents, leur gravité, la prédominance de l'infection constitutionnelle, les phénomènes locaux qui manquaient souvent ou passaient inaperçus, tout cela me paraît ressembler beaucoup plus à ce que nous connaissons aujourd'hui de la morve aiguë et du farcin qu'à la vérole... La connaissance de la morve et du farcin chez l'homme est toute récente, et cependant l'aptitude de l'homme à contracter cette maladie, qui a existé de tout temps sur l'espèce chevaline, cette aptitude ne doit pas être un fait récent. Que d'hommes morveux et farcineux ont dû être et ont été pris pour syphilitiques !

« ... L'épidémie que déjà certains auteurs, et Paracelse, entre autres, considéraient comme un mélange des anciens maux vénériens et de la lèpre, ne peut-elle pas plus probablement être considérée comme un mélange des anciens maux vénériens avec la morve et le farcin ? La morve si spontanée et si facile à se produire sur les chevaux et surtout en temps de guerre et avec les encombrements qui la suivent.

« Étudiez les symptômes, et vous verrez se manifester d'abord, comme d'emblée, les accidents les plus graves, ce qui n'arrive pas pour la syphilis d'aujourd'hui ; vous verrez se produire du pus inoculable dans toutes les parties du corps, ce que nous ne voyons pas pour la syphilis actuelle.

« ... Il me semble voir poindre les premières lueurs d'une vérité qui nous échappe à cette heure ; nous la devrons, cette vérité, aux beaux travaux de M. Rayer et de son école, de M. Renault (d'Alfort) sur cette terrible maladie

dont l'homme s'est trouvé si tristement doté et à laquelle je trouve de si frappantes ressemblances avec l'épidémie du quinzième siècle... (1). »

Et quelques jours après la publication de cette lettre, M. Beau de chercher à démontrer que l'épidémie du quinzième siècle n'était autre chose qu'une épidémie de morve. « C'est au siége de Naples, — dit ce dernier, — que parut la morve des chevaux pour la première fois. Parazzez est le premier auteur espagnol qui en a parlé ; il fut lui-même à ce siége, et les auteurs espagnols sont les premiers qui ont donné l'histoire de cette maladie, qu'ils appelaient *muermo* (2). »

Assurément la syphilis a pu être confondue anciennement avec la morve, puisque cette confusion a été signalée plus d'une fois encore de nos jours. Mais de là, à considérer la relation historique des symptômes de l'épidémie comme s'appliquant, dans leur généralité, à la morve et au farcin, c'est une autre question.

M. Ricord n'a été frappé de cette lueur soudaine, de ce rapprochement inattendu qu'en vue d'interpréter, dans un sens conforme à ses anciennes doctrines, à ses errements favoris, cette ubiquité virulente de la syphilis épidémique. La contagion des accidents secondaires — qui était pour lui, il y a quelques années à peine, un fait purement négatif, — ne saurait être acceptée aujourd'hui comme une fin de non-recevoir dans la discussion historique, et M. Ricord n'est plus lui-même à en convenir. Voilà donc le premier et le principal argument de sa thèse qui se retourne contre lui.

Cette première brèche suffit à elle seule à faire bon marché du système général de sa défense. Si le pus des lésions

(1) *Lettres sur la syphilis*, p. 133.
(2) *Union méd.*, 13 juin 1850.

cutanées était essentiellement contagieux, — ce qui n'est point en doute, — on s'explique aisément la gravité, la prédominance, la précocité des accidents généraux, — comme dans la variole, par exemple, — sans avoir besoin de recourir aux pustules de la morve et aux abcès du farcin, dont les évolutions sont, en définitive, si différentes de celles de la syphilis. Que leurs apparences mutuelles puissent être confondues, — d'après un seul symptôme ou à un moment donné,— nous le reconnaissons sans peine ; mais tout médecin, qui n'est point aveuglé ou ébloui par quelque conception systématique, conviendra plus aisément encore qu'il est impossible de reconnaître le portrait de la morve et du farcin dans l'ensemble et la succession des symptômes syphilitiques, tandis que nous admirons, au contraire, la fidélité du compte rendu de cette maladie dans les esquisses et les dénominations des premiers auteurs.

Voit-on la contagion originaire de l'espèce chevaline se communiquer habituellement par le commerce vénérien et débuter par les organes de la génération? Écoutons Léonicène parlant du siége des pustules : « *Pudenda* PRIMUM, *deinde reliquum corpus cum magno plerumque dolore occupantes.* » Et Fulgose, dans un premier ouvrage imprimé à Milan en 1509 : « Mais ce qu'il y avait de plus étonnant, c'est que cette contagion ne se communiquait que dans le coït, *commençant toujours par les parties génitales.* » Musa Brassavole disait en son temps : « *Dicendum est ideo a* pudendis *incipere quæ illa sunt quæ primum contagium recipiunt.* » N'insistons pas. Les auteurs ne sont point d'ailleurs, à cet égard, unanimes ; mais cette divergence même nous permet de faire une part à la diversité des intermédiaires de la contagion.

En se plaçant au point de vue restreint de l'homotonie de

la syphilis, il est malaisé d'apercevoir ses perspectives multiples ou de reconnaître l'ordonnance générale qui les unit; mais en découvrant tout son horizon, ses plans successifs apparaissent et les ombres s'effacent dans le plein jour. Aussi avons-nous déjà vu (p. 378) quelle lumière, considérée comme forme distincte, recevait l'histoire épidémique de la syphilis.

Il y a un préjugé et une hypothèse qui luttent contre l'évidence du caractère épidémique de la syphilis originelle.

Le préjugé, c'est que, par épidémie, il faut entendre la communication d'un germe d'infection morbide par l'intermédiaire de l'air, — préjugé qui fut, en particulier, pour la syphilis, accrédité par Sanchez, — et que tel n'est jamais le mode de propagation de cette affection. Mais, en réalité, la signification positive attachée à l'idée d'épidémie ne sous-entend aucunement le mécanisme de son développement ou de sa communication; et la syphilis, tout en restant subordonnée dans son essor aux nécessités d'un contact plus ou moins intime, n'est point déshéritée entièrement de son génie épidémique. La variole, qui n'est pas moins virulente et dont la contagiosité semble plus subtile encore, s'est présentée en plus d'une épidémie sous une forme distincte. Et c'est une vérité reconnue que, lorsqu'une maladie visite pour la première fois certaines contrées, sévissant à la fois sur un grand nombre de personnes dans une même population, ses ravages acquièrent souvent l'intensité la plus haute.

Cette loi n'est point étrangère à la syphilis, si on veut bien considérer celle-ci soit à son origine, soit dans certaines contrées où elle s'est commme transplantée à l'état endémique. C'est ce qui a fait dire à Swediaur, avec quelque apparence de raison : « A l'égard de la propagation et des progrès de la maladie syphilitique, il paraît qu'en général la maladie importée pour la première fois dans un pays nouveau, quel que

soit son climat, produit des effets très-violents sur le corps humain ; mais ces ravages sont terribles, au moins pour quelque temps, lorsqu'elle est importée d'un climat chaud dans un pays froid. Les progrès et les symptômes de la maladie syphilitique, importée de l'Europe en Canada de nos jours, en forment une preuve incontestable : peut-être ses effets désastreux, lors de son apparition en Europe, sont-ils dus à la même cause. Nous voyons même encore aujourd'hui que les affections syphilitiques des parties génitales gagnées sur la côte d'Afrique et *transplantées* sur la côte d'Angleterre sont, en général, plus violentes que celles que se communiquent réciproquement les habitants du même pays qui ne l'ont point quitté (1). »

Nous pourrions multiplier ces citations et rappeler, par exemple, l'observation des célèbres praticiens placés à la tête de l'ancien hôpital de Vaugirard. Mais nous avons hâte d'arriver à la fin de cette discussion, appuyant seulement notre manière de voir sur les deux exemples suivants.

Dans les observations faites par les chirurgiens anglais lors de l'expédition en Portugal, en 1812, et dont nous retrouvons les documents intéressants dans le livre de M. Ch. Drysdale (2), on lit ce passage écrit par le Dr Fergusson : « Il est probable que, dans l'armée anglaise, il y a plus d'hommes qui ont subi la plus triste de toutes les mutilations, durant les quatre années de son séjour en Portugal, que n'en pourraient fournir les registres de tous les hôpitaux de l'Angleterre, pendant le siècle dernier; car l'ulcération vénérienne est non-seulement devenue *plus rebelle* à l'opération du mercure *qu'elle ne l'est dans la mère*

(1) *Traité des maladies vénériennes.* Paris 1817, t. I, p. 74.

(2) Drysdale. *Traitement de la syphilis et d'autres maladies sans mercure.* Trad. de l'anglais, Paris, 1864.

patrie sous des circonstances analogues ; mais, de plus, la constitution, tout en étant fortement sous l'influence du remède, a été affligée de symptômes secondaires dans une proportion qu'il n'était pas possible de prévoir. Pour les gens du pays, au contraire, la maladie est très-légère, curable, pour la plupart, par des traitements topiques seuls... (1) » Ce chirurgien, il est vrai, et ses collègues Rose, Guthrie, etc., attribuent cette gravité imprévue à l'abus du mercure auquel les malades anglais étaient soumis, tandis que les naturels avaient soin de s'en abstenir. Sans rejeter complétement cette interprétation, nous demanderons comment le même traitement, adopté dans les garnisons de l'intérieur de l'Angleterre, n'avait pas les mêmes effets fâcheux qui furent observés en Portugal.

Voici un compte rendu assez récent communiqué à la Société de biologie par M. Charton, chirurgien militaire distingué au corps expéditionnaire de Rome : « Les chancres, — dit-il, — dans les premiers mois de notre séjour à Rome, s'accompagnaient de phénomènes locaux véritablement graves. Quelquefois, en très-peu de jours, le prépuce tombait frappé de gangrène... Dans quelques cas, la gangrène atteignait le gland et le corps de la verge. Les chancres bénins étaient en petit nombre. Les formes *rongeante*, *serpigineuse*, *champignonnée*, *gangréneuse* se rencontraient *dans la majorité des cas...* » Au contraire, quelques années plus tard, la *plupart des chancres* avaient une forme bénigne ou s'induraient. Et l'auteur de se demander à quoi tient cette différence.

L'hypothèse qui s'oppose à la prise en considération légitime de ces faits, c'est toujours le parti pris d'attribuer au

(1) *Loc. cit.* p. 45.

virus la cause prochaine des accidents et de dépouiller les justes priviléges de la maladie au profit de ce dernier. Ainsi nous retrouvons cette hypothèse à toutes les avenues de la syphilographie, comme une sorte d'écran obstiné entre l'observation et l'esprit des observateurs.

Le parallèle suivant des formes endémiques donnera plus de consistance encore à notre pensée.

Le pian.

1° *Identité de nature avec la syphilis.* — Combattue par Hunter, Levacher, MM. Sigaud, Paulet, Gintrac, elle a été affirmée nettement par Swediaur, M. Lagneau, et, en dernier lieu, par M. Rollet.

Hunter regarde le pian comme une *pseudo-syphilis*, — après avoir avoué les analogies remarquables entre le pian et l'affection syphilitique vulgaire, il conclut que ces maladies sont distinctes : 1° parce que le premier guérit quelque fois seul par l'hygiène et le régime ; 2° parce que, comme la variole, il n'attaque pas deux fois le même individu. A ces objections, M. Rollet répond très-justement que la syphilis guérit aussi maintes fois d'une manière spontanée, et qu'elle ne se comporte pas autrement que le pian relativement à la réinfection individuelle.

Pour M. Sigaud, comme pour M. Paulet, qui ont tous deux observé en Amérique, le pian est une maladie à part, importée par la traite des nègres et indépendante de la syphilis. La seule preuve toutefois qu'ils en donnent, c'est que les individus affectés d'une de ces maladies peuvent très-bien contracter simultanément l'autre. M. Paulet s'exprime ainsi : « Cette opinion est d'autant plus fondée, que le sujet qui a le pian transmet cette maladie en copulant avec une femme

qui a des chancres et gagne lui-même des chancres. » Mais, répond encore Rollet : « Un individu qui a la syphilis peut en faire autant ; il peut donner la syphilis à une femme qui a des chancres et recevoir des chancres de celle-ci, des *chancres simples*, bien entendu. » Cela est exact. Seulement l'honorable critique lyonnais est-il bien sûr que les choses se passent tout à fait ainsi pour le pian africain, et que les sujets qui en sont affectés ne sont plus susceptibles de contracter autre chose que des chancres simples seulement ?

Enfin, M. Gintrac, à la suite de M. Levacher, si je ne me trompe, soutient la non-identité en vertu de l'argument suivant : « La syphilis (dit-il), n'est très-contagieuse qu'à sa première période ; le pian paraît l'être pendant toute sa durée. » Mais, est-ce que les formes bénignes, phagédéniques et congéniales de la syphilis ordinaire ne sont point contagieuses aussi pendant toute leur durée ? Est-ce que chacune d'elles n'a pas une sphère d'activité et un degré d'intensité différents dans leur pouvoir contagieux ? Telle est cette fois notre réponse ; car, pour M. Rollet, la contagion de la syphilis confirmée ne présente pas un degré moindre dans la période secondaire que dans celle des accidents primitifs.

On voit donc que les motifs sur lesquels se fondent les médecins qui repoussent l'*identité de nature* du pian et de la syphilis n'ont point, sous ce rapport, de valeur réelle. Si, maintenant l'on n'a pas oublié ce que nous avons retracé (p. 386), en particulier, sur les symptômes, le pouvoir contagieux, l'inoculabilité, l'hérédité, l'unicité, la marche, la durée et les indications curatives du pian, nous serons bien forcés de couvenir que sa nature et son essence, — c'est-à-dire l'ensemble de ses caractères,—ne diffèrent point génériquement de ceux qui manifestent la syphilis.

2° *Non-identité de forme avec la syphilis confirmée.* —

L'opinion des médecins défavorables à l'identité de nature de ces deux affections ne repose pas, nous sommes heureux de le reconnaître, sur de pures illusions. Nous accordons plus de crédit à des témoins parfaitement autorisés qui ont vu et étudié parallèlement le pian et notre syphilis *confirmée* d'Europe. Si, d'un côté, on ne peut adopter la portée absolue de leurs interprétations, d'un autre côté, il n'est pas possible de rejeter sans autre forme de procès les faits qui en sont l'objet. En d'autres termes, et jusqu'à plus ample informé, le pian est bien, pour nous, la syphilis, ainsi que nous venons de l'établir, mais il se distingue de nos formes vulgaires par des différences qui le constituent à l'état de type syphilitique distinct. Ne pas tenir compte de ces différences, c'est nier systématiquement la meilleure part de l'observation et méconnaître en pure perte l'originalité des formes de la maladie.

Tel a été l'inévitable écueil du point de vue exclusif où s'est placé M. Rollet. S'attachant surtout à identifier les individualités morbides dont il est question avec la forme confirmée, — seul type monotone et immuable, à ses yeux, de la syphilis, — il a été conduit, malgré sa bonne foi parfaite, à atténuer visiblement les dissonances. Nous n'en voulons d'autre preuve que la déclaration suivante du syphilographe lyonnais : « Il n'est pas nécessaire d'avoir observé de ses propres yeux un pian pour reconnaître le tubercule muqueux dans ces papules qui ressemblent d'abord à des piqûres de puces, qui acquièrent les dimensions d'une pièce de 24 sous, qui forment des éminences plus larges et plus nombreuses sur la face, les aines, les aisselles, à la marge de l'anus et aux grandes lèvres, que sur les autres points. Qu'on relise la description des *gros pians*, des *petits pians rouges*, et l'on sera frappé de l'identité que j'indique ici.

Cette identité est encore bien plus remarquable lorsqu'on se représente ce que les nègres, et avec eux les médecins français, ont appelé les *guignes* et les *crabes*, lésions qui s'observent aux pieds, qui ont par conséquent pour siége de prédilection les parties qui, chez nous, sont précisément affectées par les tubercules muqueux (1)... »

Sans doute voilà l'éruption condylomateuse, — mais celle de la forme épidémique surtout.

Si notre honorable confrère veut bien nous accorder quelque compétence relativement aux plaques muqueuses, il nous permettra, malgré notre déférence pour son autorité, de ne point reconnaître la physionomie *vulgaire* de cette lésion si caractéristique dans les tumeurs pianiques, en les considérant, ce qu'il importe toujours, d'après l'ensemble de leurs caractères et de leurs évolutions. En effet, quand les pians ont pris leur développement (qui atteint souvent la dimension de la paume de la main), une croûte se forme à leur sommet, et bientôt, si on enlève cette croûte, « on trouve (je cite textuellement) un ulcère de mauvais caractère, comme gangréneux. » Enfin, ces masses revêtent l'état fongoïde. « A ce degré de développement, dit M. Paulet, commence leur période de suppuration, d'état ou de maturité qui est interminable, pour laquelle 8, 10 mois, des années, suffiront à peine, etc. » N'insistons pas. Plus difficiles que M. Rollet, la plupart des syphilographes européens auront de la difficulté, je pense, à reconnaître les caractères *habituels* des plaques muqueuses dans ces intumescences *croûteuses*, souvent *rebelles*, bornées ordinairement au tégument externe, recouvrant des *ulcères* d'apparence gangréneuse et prenant un développement *fongueux*. Quant aux

(1) Rollet, *loc. cit.*, p. 297.

guignes et aux *crabes*, les excroissances que forment les premières et la suppuration que les dernières contiennent, donnent à ces affections — indépendamment de leur siége qui est loin d'être circonscrit aux plis inter-digitaux, — des caractères suffisamment distincts. Nous voulons bien y retrouver des plaques, mais on nous accordera sans peine qu'elles ont des caractères ici particuliers.

En admettant même que les tumeurs pianiques qui envahissent toute la surface tégumentaire, soient identiques aux plaques de la syphilis confirmée, lesquelles n'apparaissent généralement, au contraire, qu'au pourtour des orifices muqueux ou des plis cutanés, — il n'est pas moins vrai que cette éruption, universelle, grave et constante dans l'affection exotique, en est l'attribut le plus commun et le plus saillant, lequel manque dans les formes indigènes de la maladie. Et, sans doute, on pourrait trouver dans le parallèle des autres symptômes des différences non moins évidentes.

Il en est de même de la contagion. Quelle que soit, sur l'étendue de ce pouvoir dans la deuxième période de la syphilis confirmée, l'opinion de M. Rollet, nous ne pensons pas qu'il puisse citer, dans nos climats, beaucoup de faits démontrant, chez l'adulte, — par l'intermédiaire unique des éruptions générales cutanées, — une contamination aussi rapide, et à beaucoup près aussi fréquente qu'il ressort, par exemple, des observations de M. Paulet (p. 391).

Au reste, M. Rollet reconnaît, lui-même, ces différences : « Non, dit-il, le pian ne ressemble pas complétement à notre syphilis. Et comment pourrait-il en être autrement, lorsque nous voyons ce même pian, chez la même race d'hommes, différer déjà, selon qu'on l'observe en Afrique ou en

Amérique (1). » Cet aveu, en définitive, nous suffit. Et il faut bien reconnaître que si ces différences n'autorisent point à regarder la maladie comme essentiellement distincte de la syphilis, elles suffisent toutefois à ne pas la laisser confondre entièrement avec les formes reconnues parmi nous.

On peut invoquer sans doute, pour expliquer ces différences, l'ardeur du climat, la suractivité des exhalations sudorales, la négligence des soins de propreté, la promiscuité habituelle, l'influence éthnique elle-même : toutes conditions sans doute plus ou moins efficaces, mais qui ne sont ni nécessaires ni indispensables, puisque cette même forme exotique se retrouve dans des climats opposés et sur des races complétement différentes. Hunter a rapporté l'histoire d'un chirurgien anglais qui, pendant son séjour aux Indes Occidentales, en 1778, s'inocula, par mégarde, au doigt, en pansant une négresse, le pian dont elle était affectée. Mornac, médecin français, vit, en 1803, à Middelbourg, une jeune fille de 20 ans, victime de lésions pianiques contractées en soignant un oncle qui en était couvert. Enfin, beaucoup d'observateurs ont reconnu très-catégoriquement le pian africain et américain dans les contrées du Nord de l'Europe où nous allons maintenant nous transporter.

Sibbens.

C'est bien le pian qui existe sous le terme de *sibbens*, en Écosse, et même sous le nom identique de *yaws* employé par les montagnards de l'Écosse comme par les nègres des colonies américaines. « Thomson nous rapporte qu'un vieux médecin écossais, qui avait longtemps traité le

(1) *Recherches sur plusieurs maladies de la peau réputées rares ou exotiquee, qu'il convient de rattacher à la syphilis.* (*Archives de médecine*, 1861, tome XVII, p. 297.)

pian à la Jamaïque, de retour en Ecosse, observa le sibbens et fut frappé de l'*identité* de ces deux maladies. Dazille et Bajon ont émis la même opinion (1). » Nous ne saurions penser autrement en rapprochant les relations que nous avons données, d'après les meilleurs témoins. Tout ce que nous avons dit du pian s'applique parfaitement au sibbens, et nous n'y reviendrons pas.

Le sibbens est donc bien la syphilis. Personne ne s'y trompe même dans le peuple en Ecosse : « ...On sait, dit B. Bell, dans tout le royaume, qu'elle ne diffère pas de la syphilis. On ne peut douter, en effet, que c'est la même maladie, non-seulement d'après les résultats des recherches qu'ont faites sur son origine, ceux qui en ont été attaqués dans tous les districts où elle s'est manifestée jusqu'ici, mais même par la ressemblance parfaite de ses symptômes avec ceux qui surviennent dans les derniers degrés de la maladie vénérienne, quand elle paraît sous son type ordinaire, et enfin, parce que le mercure est l'unique remède sur lequel on puisse compter, pour en obtenir la guérison radicale (2). »

Toutefois, ce n'est pas absolument la syphilis sporadique, et B. Bell a bien soin le premier de lui consacrer un chapitre à part de son excellent ouvrage, en la considérant comme une des *formes particulières sous lesquelles la syphilis s'est manifestée* en Ecosse et dans le Canada. Swédiaur et M. Lagneau ont émis la même opinion. M. Rollet nie en vain l'originalité des excroissances qui ont fait donner son nom à la maladie, se fondant sur ce que Gilchrist ne les a point observées ; mais B. Bell les a parfaitement vues, et personne n'infirmera le témoignage de ce dernier observateur qui a été

(1) Rollet, *Archives générales de médecine*, 1861, tome XVIII, p. 301.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 626.

en mesure d'apprécier parfaitement les différences du sibbens et de la syphilis sporadique en Ecosse, où peu de personnes ont eu plus d'occasions que lui de les étudier : différences qui l'ont conduit à regarder la maladie en question comme une forme particulière de la syphilis.

Cette autonomie est assez sensible pour que Swédiaur se soit cru fondé à assimiler le sibbens à l'épidémie du quinzième siècle plutôt qu'à la syphilis de nos temps. Et l'un des premiers témoins de la maladie en Ecosse, frappé de l'importance de l'éruption scabieuse, en même temps que du génie syphilitique des accidents, Freer, attribuait l'origine du sibbens à la copulation de l'insecte mâle de la syphilis avec l'insecte femelle de la gale : plaisante conjecture, il faut l'avouer, mais qui témoigne au moins de l'originalité attribuée par l'ancien observateur écossais à cette affection.

Le mal de la baie Saint-Paul.

Le mal de la baie Saint-Paul n'est de même que le sibbens importé au Canada, où il est connu sous le nom de *mal anglais*. Et là encore l'aspect de sa physionomie, la gravité habituelle des symptômes, et l'énergie de sa contagion lui donnent un cachet que ne revêt point généralement la syphilis vulgaire. Cette dernière ne fait point à la fois des victimes si multipliées, surtout parmi les enfants dont le plus grand nombre, chez les Canadiens, furent en peu de temps affectés, et dont beaucoup périrent ou restaient horriblement mutilés.

Le sckerljevo.

Le sckerljevo, la falcadine, le mal de Brenn, etc., sont dans le même cas. M. Sigmund (1) qui a pu les observer, soit

(1) *Untersuchungen über die Sckerljevo-seuche.* Wien, 1855.

à Vienne, soit dans les localités où cette affection est endémique, conclut que « les dénominations populaires de *frenga*, *falcadina*, *male di Breno*, *boula*, *sckerljevo*, furent primitivement employées pour distinguer des états morbides manifestement et traditionnellement liés à la syphilis; » et que ces dénominations populaires sont très-préjudiciables en ce qu'elles ont été étendues à d'autres états morbides qui n'ont aucune connexion actuelle avec cette dernière maladie. On peut y ajouter le *mal de Chavanne-Lure* développé accidentellement en France par l'importation des soldats autrichiens. Toutes ces dénominations variées d'une forme commune se rapportent au sckerljevo; et ce dernier n'est manifestement qu'une forme de la syphilis, comme il est facile de s'en assurer d'après la remarquable description du docteur Cambieri. Mais en même temps, le tableau des symptômes et des évolutions de la maladie, le mode contagieux et la gravité des accidents distinguent assez cette forme de la syphilis ordinaire; aussi l'observateur sagace que nous venons de nommer a bien soin de faire lui-même la remarque : « Cette maladie — dit-il, — ressemble, en quelque sorte à la syphilis épidémique de 1493 et 1494 et au sibbens d'Ecosse. La description de la première donnée par Fracastor ressemble absolument à celle du sckerljevo (1). »

La radezyge.

La radezyge, enfin, est, dans les États scandinaves, — comme l'observe très-bien M. Rollet, — ce que le sibbens est en Ecosse; à la condition toutefois de ne pas la confondre avec la *spedalskhed*, — autre endémie cutanée des contrées

(1) Ozanam, *Traité des malad. épid.*, tome IV, page 822.

septentrionales de l'Europe analogue à l'éléphantiasis des Grecs ou à notre lèpre tuberculeuse : — confusion dans laquelle sont tombés, de nos jours, en France, MM. Rayer, Gintrac, Délioux de Savignac, et même certains contemporains de l'épidémie, tels que Mangor, ou plus récemment le professeur Sorensen.

Ce dernier considère la radezyge comme une lèpre norwégienne; mais, d'après les caractères qu'il lui assigne et que nous avons ci-dessus rapportés (p. 398), il nous est impossible de voir dans cette individualité morbide autre chose que la syphilis. Au reste, depuis l'époque de son importation en Norwége et dans les pays voisins, l'opinion publique, en donnant à la radezyge le nom de *mal immonde*, n'a point été en défaut. La plupart des prêtres ou évêques adjoints à l'enquête faite dès l'origine sur l'invasion morbide, dans les diocèses infectés, n'hésitent point à attribuer la nouvelle affection à la maladie vénérienne. C'est aussi le sentiment du plus grand nombre des médecins. Le Dr Cron (1770) étaye cette opinion sur la similitude singulière des symptômes de la radezyge et de la syphilis et sur l'efficacité spécifique des frictions mercurielles : traitement dont le crédit était alors unanimement établi. Des trois médecins nommés en 1771 par le Collége de médecine de Copenhague pour aller observer et soigner l'épidémie, Steffens distingue avec soin la spedalskhed de la radezyge proprement dite. Dans celle-ci, écrit-il, « le malade a des ulcères à la gorge ; chez beaucoup d'individus, la luette a disparu ; d'autres ont des excroissances charnues à l'anus et aux parties génitales. Ils ont encore, sur différentes parties du corps, des glandes indurées et éprouvent généralement de grandes douleurs dans les membres; les os du nez sont cariés. » Le Dr Deegen dit en même temps : « Par suite des recherches les plus minu-

tieuses, j'ai toujours trouvé que ce mal provient d'un virus syphilitique et que, même dans son origine, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de le guérir sans mercure (1). »

A cette même époque, Hans Munk, chargé de l'hôpital de Stavanger, déclare que, dans la catégorie des accidents désignés sous le nom de radezyge, une bonne partie doit être rapportée à la syphilis et, en particulier, au sibbens d'Ecosse. Un autre observateur très-compétent, à l'hôpital de Christiania, le Dr Sundius, nie que l'affection endémique soit distincte de la syphilis. C'est aussi l'opinion de Nicolaï Arbo (1792), à Copenhague. Enfin « M. Boëck lui-même qui, à une époque antérieure, avait considéré la radezyge comme une maladie particulière et s'était élevé, dans le congrès des naturalistes à Christiania, en 1844, contre M. Steffens, qui prétendait que la radezyge et la syphilis sont identiques, professe aujourd'hui une opinion tout opposée (2). »

En effet, le savant syphilographe de Christiania, à la suite des documents précédents qu'il a réunis, conclut ainsi : « Si, d'après nos citations, il est évident que, dans les temps les plus reculés, ce que l'on appelait radezyge n'était pas autre chose que la syphilis ; si, d'après les descriptions les plus récentes, il est également clair qu'on a eu affaire à des cas syphilitiques; s'il ressort de nos observations que ce qu'on a appelé radezyge, dans ces trente dernières années, était la syphilis, je crois que nous devons supprimer le nom de radezyge des cadres nosologiques. Dès ce moment, cette maladie n'appartient plus qu'à l'histoire de la médecine; non, comme quelques-uns l'ont voulu, parce qu'on l'a vue dé-

(1) Rollet, *Archives générales de médecine*, t. XVII, p. 281, d'après le docteur Boëck, de Christiania.

(2) Rollet, *loc. cit.*, p. 282.

croître successivement, mais parce qu'elle n'a jamais existé comme maladie indépendante (1). »

Ainsi, la radezyge n'est pas plus une maladie indépendante et distincte de la syphilis que les affections endémiques précédentes. Mais n'est-elle autre chose que la syphilis confirmée vulgaire, sans aucune différence autre que celle du nom? Telle n'est point notre opinion. Si la physionomie de cette individualité endémique n'avait point quelque apparence d'originalité, pourquoi son nom nouveau? pourquoi l'émotion des populations envahies, ces enquêtes successives sur sa nature, les hôpitaux multipliés qu'il est nécessaire d'ouvrir aux victimes du fléau? Pourquoi, frappés surtout de ses dissemblances, quelques médecins même vont-ils jusqu'à méconnaître ses rapports évidents avec la syphilis? Il faut bien le déclarer, si la syphilis vulgaire, préexistant dans les mêmes localités à l'endémie de nouvelle invasion, n'avait pas suscité jusque-là le même effroi et inspiré les mêmes mesures, si elle ne s'était point répandue avec la même activité au milieu des populations, si les médecins, familiarisés avec la maladie ancienne, hésitaient plus ou moins à la reconnaître dans le mal nouveau, c'est que ce dernier s'en distinguait manifestement par quelques traits insolites dont les relations historiques contiennent d'ailleurs les témoignages assurés. Aussi, l'un des contemporains de l'épidémie, Hans Munk, tout en reconnaissant la nature syphilitique d'une certaine catégorie de cas compris sous la dénomination de radezyge, proposait-il de rejeter ce dernier nom et d'adopter à la place celui de sibbens, type véritable des accidents.

En résumé, l'on peut ramener toutes ces manifestations

(1) Boëck, *Traité de la radezyge*. Paris et Christiania, 1860, p. 48.

endémiques de la syphilis à un même type, ayant de grandes analogies avec la forme confirmée, — universellement répandue dans toutes les latitudes géographiques et sur toutes les races humaines, — mais présentant aussi des caractères différents qui ne permettent point de les confondre sans réserves dans une forme commune.

Ces endémies elles-mêmes, sous leurs variétés diverses, ne semblent être que les vestiges disséminés de la maladie épidémique du quinzième siècle, dont elles rappellent les lignes essentielles. Après avoir exercé ses plus grands ravages pendant un certain nombre d'années, par la transmission dans sa forme, la syphilis originelle, se dépouillant de quelques-uns de ses caractères, offrit tout à coup un changement remarqué.

Beaucoup de syphilographes ne voient encore, dans cette dépossession de la forme primitive de la maladie, que l'atténuation du virus par des transmissions multipliées. C'est une opinion erronée. La transition fut brusque, et dès que le mal acclimaté revêtit sa forme vulgaire, cette dégénération resta définitive : entre les descriptions de G. Fallope, de Thierry de Héry et celles de notre temps, le parallélisme est complet. « Cette atténuation, pour être admise, ne doit pas se fonder seulement sur la comparaison entre les deux termes extrêmes, entre l'ascendant de 1494 et son rejeton du dix-neuvième siècle. Il faut qu'elle se constate dans les chaînons intermédiaires, dans la série des transmissions. Or, remarque-t-on cette dégradation de teinte de l'infectant à l'infecté? N'est-il pas, au contraire, fréquent de trouver le rapport inverse? La remarque-t-on de génération à génération, de siècle à siècle?..... Quelle que soit la raison de la progression géométrique décroissante dont les termes sont représentés par ces transmissions successives, l'inten-

sité de la maladie devra différer très-notablement entre les séries parallèles de virus parvenues, l'une à la 500[e] migration, l'autre à la 1000[e], telle autre à la 2000[e] ou au delà. Il y a moins : le terme nécessaire de cette progression étant l'extinction spontanée de la maladie, il est telle série qui doit y toucher ou en approcher(1). » —Résultats nécessaires, perspective consolante dont nous attendons la démonstration et qui, sur ces calculs, se fera attendre longtemps.

La forme primitive a néanmoins reparu plus d'une fois et en plus d'une contrée de l'Europe, à l'état endémique et et localisé, côte à côte avec sa forme vulgaire, indigène et sporadique. Elle existe encore simultanément avec les autres formes de la syphilis dans ses campements exotiques.

En Chine, où toutes ces dernières sont bien connues et décrites par les médecins du Céleste-Empire, indépendamment de notre type confirmé, on trouve aussi le *yang-mey-tchoang*, c'est-à-dire l'éruption pustuleuse de forme semblable à celle de la framboise, affection vénérienne très-contagieuse et de tous points identique à l'endémie des Antilles, du Canada, de l'Ecosse et de la Norwége.

Et dans les montagnes de l'Afrique française, nos chirurgiens militaires retrouvent les mêmes faits d'observation. L'un d'eux, M. Deleau, dit : « Je ne sais si les Arabes regardent ces symptômes primitifs comme peu importants ou peu gênants, toujours est-il que je n'ai guère vu que des accidents consécutifs... Ici pourrait se dérouler le tableau de toutes les variétés de syphilides, mais c'est surtout aux ulcérations croûteuses et phagédéniques que j'ai eu affaire... Je ne crois pas qu'il existe dans aucun hôpital de l'Europe des

(1) Gonnard, *loc. cit.*, p. 27.

exemples plus affreux que ceux que j'ai journellement sous les yeux (1). » Un autre, M. Jules Arnould, frappé de la prédominance et de la gravité des affections cutanées qu'il a observées pendant son séjour à Dellys, désigne cette forme sous le nom de *lèpre kabyle*. Un troisième, enfin, le docteur Vincent, médecin à l'Hôpital du Dey à Alger, s'écrie : « Qui ne reconnaîtrait déjà, dans ce tableau de la syphilis du quinzième siècle, tracé en 1805 par Jacques de Catanée, la syphilis de nos Kabyles, plus monstrueuse peut-être, s'il est possible, que sa hideuse devancière (2). »

Certes, il y a encore plus d'un problème obscur à élucider dans ce rapprochement; mais à mesure que la science, débarrassée des entraves de l'hypothèse et des obstinations de la routine, embrassera la question sous toutes ses faces, la vérité se fera jour.

CONCLUSIONS

Donc, si les différents types que nous avons reconnus n'appartiennent pas à une maladie autre que la syphilis, et si néanmoins ils se distinguent les uns des autres par des différences que l'on ne saurait rigoureusement attribuer aux diversités des races, des climats, des âges, des constitutions, des idiosyncrasies physiologiques ou des aptitudes morbides, ou à la nature intime du virus; il faut bien conclure que ces types sont dans l'essence même de la mala-

(1) *Mém. de médecine, de chirurgie et de pharmacie mil.*, t. 52.

(2) *Exposé clinique des maladies des Kabyles traitées à l'hôpital militaire de Dellys*. Paris, 1862, p. 42.

die, et qu'ils en représentent les manifestations naturelles et constitutives.

Cela étant, la synthèse de ces différences éclaire et complète la notion de la syphilis en nous montrant leurs accidents communs et leur hiérarchie particulière.

De même que toutes les formes acquises présentent pour caractère primordial le chancre virulent, de même aussi les évolutions secondaires, tertiaires, invétérées et cachectiques de la syphilis confirmée, ont leurs analogues en sens inverse dans les formes héréditaires. Enfin, la syphilis congéniale aiguë des premiers âges de la vie nous fait comprendre la forme épidémique des premières époques de la science; et, sans cette forme originelle, on ne saurait réellement concevoir l'histoire de ses rejetons multiples encore enracinés dans quelques foyers endémiques.

Et quelles clartés cette perspective agrandie répand sur chaque question obscure et controversée! Sur les degrés divers de la contagion, sur la transmission dans les formes et l'échange possible ou même le croisement dans les types variés, etc., etc.

Il n'est point jusqu'à l'étude spéciale des phénomènes qui ne reçoive sa lumière propre de cet horizon. Nous avons parlé maintes fois de ce symptôme singulier qui déconcertait autrefois le maître éminent de la syphilographie, et qu'il regardait alors comme « bizarre, voilé dans son début, insidieux dans sa marche, » — de ce symptôme que nous avons considéré si nettement, depuis nos premières recherches, comme « l'expression pathognomonique la plus originale de la syphilis, » — de la plaque muqueuse, en un mot. L'histoire de l'invasion épidémique et des endémies diverses nous montre le prototype de ce symptôme dans l'éruption hideuse des *pustules*, « semblables à une coque

de gland dont elles avaient la figure, tantôt sèches et petites, tantôt grosses et humides; pâles chez les uns, dures et rougeâtres chez les autres... (1) »; signalées encore, dans tous les temps et sous toutes les latitudes, par leur aspect framboisé caractéristique. Les plaques muqueuses sont en effet l'élément de cette éruption scabieuse; et, à voir encore aujourd'hui leur aspect repoussant en masses agglomérées sur quelques localités, il est aisé de comprendre le dégoût qu'elles devaient inspirer lorsque cette éruption se généralisait à la face et sur le reste du corps. Ces plaques ou pustules plates avaient d'ailleurs, en ce moment, dans leurs évolutions comme dans leur siége, quelques caractères qu'elles acquièrent rarement depuis que l'état sporadique a succédé au premier développement épidémique. Dans nos formes vulgaires, cette éruption se généralise encore sous l'influence de l'hérédité congéniale; elle semble rappeler chez le nouveau-né par sa multiplicité, son pouvoir contagieux et ses ulcérations consécutives, l'affection cutanée du quinzième siècle. Plus restreinte chez l'adulte, cette relique originelle reste néanmoins encore l'image et le souvenir les plus manifestes de la syphilis ancienne, et, parmi les accidents généraux, le foyer le plus actif, le plus répandu de la contagion.

Enfin, ce qui prouve bien que ces formes diverses viennent d'une commune souche, ce sont leurs caractères intermédiaires par lesquels elles semblent, comme les rameaux d'une même chaîne, se réunir :

Dans la syphilis bénigne, le chancre existe seul, ou il s'escorte du bubon, lequel, — tantôt se résout, — tantôt suppure, — tantôt devient phagédénique ;

Dans la syphilis maligne, cet état phagédénique devient

(1) Iracastor, *loc. cit.* et ci-dessus, p. 371.

le fait essentiel des accidents; — il peut guérir après des années — ou entraîner la mort; — il reste toujours isolé ou s'accompagne d'une ébauche incomplète d'éruption ;

La syphilis confirmée succède accidentellement au chancre mou et phagédénique, — essentiellement au chancre induré. Les accidents consécutifs consistent — dans la transformation plastique ou condylomateuse seule, — dans l'apparition de quelques éruptions ou affections secondaires; — enfin, dans l'ensemble progressif des diverses lésions invétérées et cachectiques, jusques à la guérison ou à la mort.

Ajoutons par-dessus tout cela le caractère véritablement philosophique de l'espèce : celui de la commune génération, — c'est-à-dire l'échange possible de la transmission réciproque des formes, — et la démonstration ne laisse guère rien à désirer.

Nous avons donc combattu les prétentions qui ont pour but de désagréger cette merveilleuse unité. Mais, en même temps, nous ne saurions trop hautement reconnaître l'importance des travaux récents qui ont éclairé singulièrement les différences séméiotiques des formes de la syphilis. Il est vrai, cette maladie, — comme la scrofule, la goutte, la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde, etc., — peut être considérée, par la diversité de ses types et l'ensemble de ses affections, plutôt comme un genre que comme une espèce propre. Chacune de ces formes, chacune des périodes de la syphilis confirmée, chaque lésion tertiaire prend les proportions relatives d'une maladie; et c'est ce qui légitime à un certain degré les prétentions des dualistes et leurs résultats acquis. Les caractères objectifs et les évolutions respectives du chancre dans chacun des types syphilitiques, et la loi ordinaire de la transmission des formes dans leur variété, telle est la double conquête due à leurs travaux et qui

justifie en quelque manière leur point de vue. Cette conquête, dépouillée de ses exagérations et de ses erreurs, restera la gloire incontestée des jeunes écoles de l'hôpital du Midi et de l'Antiquaille de Lyon.

Mais cette manière de considérer la syphilis ne doit pas exclure la grande loi de l'espèce qui la domine toujours et met en évidence son unité dans le pouvoir de sa transmission. Il suffit que ses types puissent s'échanger, quelque rare que soit cette éventualité, pour maintenir fermement l'intégrité de cette synthèse morbide et la faire triompher en dépit de tous les efforts.

A nos yeux, unitéistes et dualistes n'ont entrevu qu'un côté de la question, en considérant seulement, — les uns, l'*unité de nature*, — les autres, la *diversité de forme* des accidents syphilitiques. Nous pensons que notre point de vue seul embrasse dans son horizon le double hémisphère du problème controversé, écarte les systèmes, dissipe les malentendus, concilie les divergences et fixe enfin les bases de la constitution nosologique de la syphilis, en ajoutant à l'héritage de la tradition les progrès de notre temps.

Maintenant, si le bon vouloir du lecteur nous a suivi au bout de cette laborieuse tâche, qu'il daigne excuser notre longue et minutieuse insistance. Ce n'est pas une opinion personnelle que nous avons cherché à faire prévaloir. Prêt à rentrer dans le silence de la retraite, libre et désintéressé des compétitions humaines, nous pouvons nous rendre ce témoignage que nous avons seulement plaidé contre les systèmes la cause de la méthode médicale, et soutenu envers et contre toutes les hypothèses les droits de l'observation.

Sous un problème apparent de nosologie se dérobent des questions dont la solution importe foncièrement à la pra-

tique, à la médecine légale, à l'hygiène publique. Le rôle de l'homme de l'art est déjà considérable dans la lutte depuis longtemps engagée par la société contre le redoutable fléau moderne de la contagion syphilitique. Peut-être un jour sera-t-il possible d'extirper cette nouvelle lèpre de son sein. Mais, pour en prévenir les ravages, et plus tard pour en tarir les sources, il faut déraciner avant tout les préjugés et les erreurs qui s'opposent à nous la laisser connaître. A cet égard, les méprises de la science peuvent engendrer des dangers incalculables, l'expérience nous l'a montré suffisamment. C'est pourquoi nous avons pris à cœur d'étudier la maladie dans la multiplicité de ses origines, de ses formes et de ses aspects, afin de démasquer le principe de l'odieuse contagion sous toutes ses métamorphoses et de le poursuivre sous tous ses déguisements. Nous l'avons donc mise à nu dans sa réalité, dépouillée de tous artifices, cette triste et souvent honteuse maladie que Rabelais, dans son style ironique, trouvait si « *gracieuse et plaisante.* » Puisse notre portrait fidèle en répandre le salutaire effroi !

Dans ces tableaux où nous avons vu partout la trace des décrets immuables qui régissent les choses de la nature, admirons, en terminant, les voies de la Providence et sa sagesse jusque dans nos châtiments. L'ordre subsiste toujours dans les plans de l'Ouvrier divin, même dans ce désordre apparent qui vient parfois troubler l'harmonie naturelle ; et les phénomènes de dégradation et de mort reconnaissent, non moins que ceux de formation et de conservation organiques, des lois distinctes et spéciales. « L'Être suprême,— a dit Sydenham, — ne s'est pas assujetti à des lois moins certaines, en produisant les maladies ou en nourrissant les humeurs morbifiques, qu'en créant les plantes et les animaux. » Nous avons retrouvé à chaque pas, dans ces

lois tutélaires, la justification de cette pensée par laquelle Gabriel Fallope entre en matière dans son immortel ouvrage : « *Hoc est perpetuum et æternum dogma, quod propter peccatum advenit mors, et propter errorem pœna;* » — pensée que le savant Astruc a placée au frontispice de son livre, et que nous aimons à reproduire à la fin de ce travail : « Je ne désapprouve point le sentiment de ceux qui sont persuadés que c'est par la Providence divine que le mal vénérien a paru sur la terre, pour être un frein à l'impudicité sans borne des hommes ou pour lui servir comme de fléau; et je crois que Cicéron a raison de dire, quoique dans une autre matière, « *que c'est par un décret bien avan-* « *tageux pour les hommes que le crime porte avec lui-même* « *sa punition.* »

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE

FORMES DE LA SYPHILIS.

TROISIÈME PARTIE

UNITÉ DE LA SYPHILIS.

CORBEIL, typ. et stér. de CRÉTÉ.

Davasse, J. 12026
La syphilis, ses formes
son unité

NAME	DATE DUE

